

TITRE DE LA THESE

L'ENCOPRESIE DE L'ENFANT
SA SIGNIFICATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

Thèse

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE DE DIJON

et soutenue publiquement le 31 JANVIER 1969

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Maddy BRENOT née BERRY

Née le 15 SEPTEMBRE 1942 à CHARLIEU (Loire)

Interne des Hôpitaux de Dijon

FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE
DE DIJON

ANNÉE 1969 -N°

TITRE DE LA THESE

**L'ENCOPRESIE DE L'ENFANT
SA SIGNIFICATION PSYCHOPATHOLOGIQUE**

Thèse

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE DE DIJON

et soutenue publiquement le 31 JANVIER 1969

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Maddy BRENOT née BERRY

Née le 15 SEPTEMBRE 1942 à CHARLIEU (Loire)

Interne des Hôpitaux de Dijon

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Personnel de la Faculté

- - - -

M. F. CABANNE : Doyen
M. M. BIZOT : Assesseur

Professeur honoraire : M. J. GUYOT

Professeurs titulaires

Anatomie, P. BARRY
Anatomie pathologique, F. CABANNE
Biochimie Pharmaceutique, R. TRUCHOT
Botanique et Cryptogamie, M. BIZOT
Chimie biologique, P. PADIEU
Chimie pharmaceutique, N...
Clinique chirurgicale, H. VIARD
Clinique médicale, P. CORTET
Clinique médicale infantile, M. ALISON
Clinique neuropsychiatrique, J. BALLIVET
Clinique obstétricale, F. BARON
Histologie, Melle G. PALLOT
Matière médicale, N...
Médecine expérimentale, N...
Pathologie médicale, R. PUTELAT
Pharmacie chimique, H. TRON
Pharmacie galénique, G. NOUVEL
Physiologie, J. KLEPPING
Physique, P. GAILLARD

Professeurs sans chaire

Médecine légale et du travail, A. MARIN

Parasitologie, Mme Y. ROUGET

Professeurs chargés de cours à titre permanent

Bactériologie, P. PICHAT

Pathologie chirurgicale, J. DUBARD

Maîtres de conférences agrégés et Agrégés

Anatomie, N...

Anatomie pathologique, R. MICHIELS

Anesthésiologie, N...

Biochimie médicale, J. DEDREUX

Chimie générale et minérale, N...

	(	P. AUPECLE
Chirurgie générale	)	F. LECLERC
	(	J. SALASC

Dermatologie et Syphiligraphie, J. L. CHAPUIS

Electre-radiologie, J. P. MABILLE

Gynécologie et obstétrique, J. JAHIER

Hématologie, Immunologie, Sérologie, A. DUZER

Hygiène, Médecine préventive et Médecine du travail, M. CARON

Maladies infectieuses, F. DESTAING

	(	J. BOUHEY
Médecine générale et Thérapeutique	)	B. FRANCOIS
	(	R. PUTELAT

Ophtalmologie, P. G. MOREAU (agrégé libre)

Pédiatrie et Puériculture, M. ALISON

Pharmacodynamie, J. WEPIERRE

Physiologie, N...

Physique médicale, N...

Thérapeutique, Cl. KLEPPING

Toxicologie, B. FESTY

Urologie, R. GAYET (agrégé libre)

Maître de conférence associé : A. PIARD

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dijon,
déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

JURY DE LA THESE

Président Professeur J. BALLIVET

Membres Professeur M. ALISON

Professeur A. MARIN

Docteur A. PIARD - Maître de Conférences associé.

- A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. BALLIVET

Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En nous préparant aux concours hospitaliers et en nous acceptant dans son service, il a guidé nos premiers pas en Neuro-Psychiatrie.

Nous avons pu y apprécier sa grande compétence et son autorité.

Nous sommes heureuse de lui exprimer ici notre attachement respectueux et notre grande admiration.

Aux Membres de notre Jury

- A Monsieur le Professeur A. MARIN

Professeur de Médecine Légale et
de Médecine du Travail.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous espérons ne pas trop le décevoir. Depuis quatre ans il nous a guidé et dispensé son enseignement avec un rare sens pédagogique. La précision de sa pensée et l'étendue de ses connaissances sont des exemples pour nous. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre grande admiration et notre respectueux dévouement.

- A Monsieur le Professeur M. ALISON

Professeur de Clinique Médicale
Infantile.

Il a bien voulu nous confier certaines de ses observations. Au cours d'un semestre d'Internat, nous avons bénéficié de son enseignement. Son travail rigoureux, son dévouement et sa compétence sont des exemples pour nous. Qu'il trouve ici le témoignage de nos sentiments reconnaissants.

- A Monsieur le Docteur A. PIARD

Maître de conférences associé

Dont nous avons su apprécier l'esprit subtil et nuancé et qui nous a montré de nombreuses fois l'importance des problèmes psychiques en gastro-entérologie. Qu'il soit remercié ici de l'enseignement qu'il nous a longuement prodigué.

- A Monsieur le Docteur R. OUDOT

Il a accepté de nous initier avec
patience et bienveillance à la Psychiatrie.

Son exemple, sa compréhension de
nos difficultés font de lui un conseiller
précieux et sûr.

Que cette thèse soit pour nous
l'occasion de lui exprimer nos remerciements
et notre attachement.

- A mes amis les Docteurs Daniel BINNET
et Pierre TRAPET

Au cours de l'Externat puis de
l'Internat, leur enthousiasme, leur esprit
critique et leurs encouragements ont été
pour nous un soutien efficace.

Qu'ils trouvent ici l'expression
de notre Amitié.

A nos maîtres des Hôpitaux de Dijon,

Externat

Monsieur le Professeur J. DUBARD
Monsieur le Docteur G. PIGANOL
Monsieur le Professeur Agrégé R. GAYET
Monsieur le Docteur DESLANDRES
Monsieur le Professeur R. PUTELAT
Monsieur le Professeur J. BALLIVET
Monsieur le Professeur A. MARIN

Internat

Monsieur le Professeur Agrégé R. GAYET
Monsieur le Professeur J. de GIRARDIER (in memoriam)
Monsieur le Professeur Agrégé P. AUPECLE
Monsieur le Professeur Agrégé F. DESTAING
Monsieur le Professeur Associé A. PIARD
Monsieur le Professeur A. PORTIER (in memoriam)
Monsieur le Docteur M. LEBLANC
Monsieur le Docteur J. COMBET
Monsieur le Professeur M. ALISON
Monsieur le Professeur J. BALLIVET
Monsieur le Professeur A. MARIN
Monsieur le Professeur CORTET
Monsieur le Professeur Agrégé C. KLEPPING

- Aux membres du Centre Psycho-Médico-Pédagogique de l'Académie de Dijon.

Plusieurs de nos observations appartiennent aux dossiers de ce Centre.

Nous remercions tout particulièrement le Professeur C. TILQUIN, Directeur pédagogique qui nous a prodigué de multiples conseils et qui a bien voulu également nous donner le compte-rendu de nombreux tests psychologiques. Nous avons également trouvé dans les documents du Centre le compte-rendu des examens médicaux pratiqués par les Docteurs M. A. ALIZON, M. DIEBOLD, C. LEVI-CHEBAT, R. PUGEAUT, M. STERLIN, L. TETAZ, ainsi que les examens psychologiques réalisés par Messieurs PAULIEN et COQUIN.

Notre reconnaissance va enfin à Monsieur MILLET, Secrétaire administratif du Centre dont nous avons pu apprécier la cordialité et l'accueil bienveillant.

- A Madame le Docteur G. THOMAS qui a bien voulu nous confier l'un de ses dossiers personnels.

Peut-on, doit-on le dire ? Poil de Carotte, à l'âge où les autres communient, blancs de coeur et de corps, est resté malpropre. A peine a-t-il fermé les yeux qu'il éprouve un malaise connu.

- C'était inévitable, se dit Poil de Carotte. Un autre se lèverait..., et Poil de Carotte raisonne au lieu de se lever.

- Tôt ou tard il faudra que je cède, se dit-il. Or plus je résiste, plus j'accumule. Mais si je fais pipi tout de suite, je ferai peu, et mes draps auront le temps de sécher à la chaleur de mon corps. Je suis sûr, par expérience, que maman n'y verra goutte.

Poil de Carotte se soulage, referme les yeux en toute sécurité et commence un bon somme.

• Brusquement, il s'éveille et écoute son ventre.

Oh ! Oh ! dit-il ça se gâte !

Tout à l'heure il se croyait quitte. C'était trop de veine. Il a pêché par paresse hier soir, sa vraie punition approche.

Il s'assied sur son lit et tâche de réfléchir. La porte est fermée à clef. La fenêtre a des barreaux. Impossible de sortir. Pourtant il se lève et va tater la porte et les barreaux de la fenêtre. Il rampe par terre et ses mains rament sous le lit à la recherche d'un pot qui serait absent. Il se couche et se lève encore. Il aime mieux remuer, marcher, trépigner que dormir et ses deux poingsrefoulent son ventre qui se dilate.

- Maman ! maman ! dit-il d'une voix molle, avec la crainte d'être entendu, car si Madame LEPIC surgissait, Poil de Carotte, guéri net, aurait l'air de se moquer d'elle. Il ne veut que pouvoir dire demain, sans mentir, qu'il l'appelait. Et comment crierait-il ? Toutes ses forces s'usent à retarder le désastre.

Bientôt une douleur suprême met Poil de Carotte en danse. Il se cogne au mur et rebondit. Il se cogne au fer du lit. Il se cogne à la chaise, il se cogne à la cheminée, dont il lève violemment le tablier et il s'abat entre les chenets, tordu, vaincu, heureux d'un bonheur absolu.

Extrait de Poil de Carotte

de Jules RENARD

(1894)

INTRODUCTION

- - - -

Si le pédiatre s'intéresse à l'encoprésie, cette affection disparaissant toujours vers l'âge de 15 ans, le psychiatre voit en elle l'expression somatique des difficultés de l'enfant, alors que le gastro-entérologue s'attache à déterminer certains facteurs organiques à son origine.

Le réel intérêt de l'encoprésie semble résider dans sa signification psychopathologique ; nous nous sommes attachés à isoler à la lumière de 13 observations personnelles les traits de la personnalité de l'enfant encoprélique et nous avons tenté d'approcher la signification du symptôme.

Dans une première partie, nous décrivons la défécation chez l'enfant normal puis donnerons un aperçu historique et une définition.

Dans une seconde partie, nous exposerons nos 13 observations personnelles puis une étude clinique et évolutive de l'encoprésie, dans laquelle nous avons inséré les éléments tirés de nos dossiers.

Dans une troisième partie, nous analyserons le contexte d'environnement de l'enfant sur les plans biographique, éducatif et affectif.

Enfin, les données des tests projectifs nous ayant permis de déterminer les traits de personnalité de l'enfant, nous proposerons une interprétation psychopathologique des grands types d'encoprésie.

PREMIERE PARTIE

- - - - -

I - La défécation chez l'enfant normal.

II - Définition de l'encoprésie.

III - Historique.

I - La DEFECATION et l'ACQUISITION de la PROPRETE

chez l'ENFANT

- - - - -

L'acquisition du contrôle sphinctérien anal chez l'enfant normal se situe généralement entre 1 et 2 ans, sans que l'on puisse vraiment donner de date précise. Les auteurs anglais et américains la fixent à 2 ans, les scandinaves et les français à 3 ans. De toute façon, il n'est pas souhaitable de déterminer une limite car celle-ci ne ferait qu'aggraver l'anxiété naturelle des mères en ce qui concerne la propreté.

Cette acquisition s'inscrit dans le cadre de l'évolution générale de l'enfant et apparaît sous trois aspects :

- étape du développement psychomoteur,
- étape du développement socio-affectif,
- étape de l'évolution libidinale infantile.

1° - Etape du développement psychomoteur.

Pour que l'enfant acquiert le contrôle sphinctérien, une certaine maturation nerveuse est nécessaire ; il en est de même pour la marche et le langage.

En effet, sur le plan neurologique la défécation associe deux mécanismes :

- a) dans un premier stade : un mécanisme réflexe involontaire, le système neuro-végétatif entraînant des contractions péristaltiques du colon et une dilatation du sphincter anal.
- b) dans un deuxième stade un acte volontaire : l'enfant prend conscience de l'état de réplétion de son rectum, ce qui crée la sensation de besoin. C'est cette prise de conscience qui nécessite une maturation nerveuse suffisante. Dès lors, il est capable de maîtriser son besoin de défécation et de le faire connaître à son entourage. Il contrôle donc la rétention de

l'évacuation, c'est-à-dire la poussée abdominale et l'état du sphincter.

De six selles par jour à l'âge d'un mois (une selle après chaque tétée) l'enfant passe à deux selles à l'âge de 3 mois, puis à une selle quotidienne au-delà de 4 mois. C'est à partir de cette époque qu'un pseudo-contrôle peut-être obtenu, la mère guettant les signes avant coureurs de la selle et plaçant alors l'enfant sur le pot. Bientôt il suffira de l'installer à heure fixe pour que la défécation se déclenche. Il ne s'agit pas là d'une acquisition réelle de la propreté, la maturation nerveuse nécessaire n'étant pas atteinte, mais d'une simple habitude acquise de manière passive grâce à un réflexe conditionné. D'ailleurs ces enfants se saliront souvent de nouveau lorsqu'ils acquerront le contrôle définitif.

Dans ces conditions, la plupart des auteurs conseillent de ne pas commencer l'apprentissage avant l'âge de 9 mois voire même plus tard au moment de l'apprentissage de la marche.

Des études statistiques faites sur une grande échelle par I. LEZINE (1964) ont permis de montrer que l'apprentissage précoce, même pratiqué dans un climat affectif favorable, n'offrait pas grand intérêt. L'auteur a comparé trois groupes d'enfants élevés différemment : le premier groupe avait subi un apprentissage précoce, le second un apprentissage normal, et pour le troisième tout apprentissage avait été négligé. L'analyse des résultats montre que les trois groupes d'enfants ont été sensiblement propres au même âge, c'est-à-dire entre 18 mois et 2 ans. De toute façon cette maîtrise n'est pas atteinte au même moment par tous les enfants : les uns sont lents et paresseux avec une tendance à la constipation, les autres montrent rapidement un goût pour la propreté et l'acquièrent précocement.

Le contrôle de la défécation nécessite donc une certaine maturation nerveuse permettant la coordination du système neuro-végétatif et des centres supérieurs du cerveau, c'est-à-dire d'un mécanisme involontaire auquel s'ajoute peu à peu un contrôle cortical.

2° - Etape du développement socio-affectif.

La défécation apparaît comme un élément très important dans la relation mère-enfant. De même que les mères de famille supportent très mal que l'enfant n'absorbe pas sa ration alimentaire complète, elles exigent de lui l'évacuation d'une selle quotidienne. Beaucoup de mères se sentent humiliées si leur enfant n'est pas propre de bonne heure et sont extrêmement fières s'il est précocement dressé. D'une part, elles craignent qu'un retard soit synonyme de débilité, d'autre part elles souhaitent se libérer le plus tôt possible de lavages astreignants. Elles désirent fortement être satisfaites au besoin à l'aide de longues stations sur le pot, voire de suppositoires et laxatifs variés.

Lorsque l'enfant accomplit "son devoir" la mère se montre gratifiante, elle le trouve gentil et s'extasie devant le résultat. Au contraire lorsque ses efforts sont inefficaces, elle le traite de "gros vilain" et se montre fort désappointée.

L'enfant comprend très vite la situation, l'importance que sa mère attribue aux selles et le bénéfice qu'il pourra secondairement en tirer. L'évacuation effectuée au bon moment devient un moyen de faire plaisir et prend la valeur d'un cadeau à la mère. C'est pour l'enfant la première contrainte sociale et c'est aussi la première expérience de sublimation. L'enfant doit renoncer au plaisir immédiat de la défécation libre pour lui préférer un plaisir supérieur, celui de satisfaire sa mère. La selle devient pour l'enfant un moyen d'exprimer son amour à sa mère en renonçant à ses propres satisfactions. Au contraire, le fait de se retenir lorsqu'on le sollicite et de déféquer à sa guise, devient synonyme d'opposition et manifeste son agressivité. L'objet excrémental est ainsi cadeau d'une part, arme agressive d'autre part.

Cette sublimation ne se produit pas évidemment sans difficultés. La mère et l'enfant entrent en conflit et c'est de la qualité affective de leur relation que dépendra la résolution du conflit. Première contrainte mais première angoisse aussi, l'enfant ayant l'impression de perdre une partie de lui-même lorsqu'il évacue le contenu intestinal. C'est vraiment un don de lui-même qu'il fait à sa mère ; inversement, c'est l'amour de la mère qui aide celui-ci à surmonter ses angoisses. De l'attitude de celle-ci va dépendre l'évolution de la situation. Si elle se montre tolérante,

gratifiante, si le climat affectif est bon et ceci même lorsque l'apprentissage est trop précoce, le conflit se résout rapidement. Au contraire, si la mère se montre rigide, exigeante, agressive, l'enfant sortira traumatisé de l'épreuve subie. Vraisemblablement, il acquerra la propreté mais au prix d'un traumatisme définitivement inscrit dans son subconscient.

Cette propreté n'est d'ailleurs pas acquise du jour au lendemain, mais plutôt par une suite de flux et de reflux, l'enfant progressant puis régressant suivant les circonstances. Il existe des périodes critiques pendant lesquelles l'enfant est vulnérable et supporte mal la contrainte. Il faudra savoir tolérer les accidents de parcours, se montrer attentif aux difficultés de l'enfant et ne jamais être trop exigeant.

Les considérations ci-dessus montrent que l'évolution de l'enfant vers l'acquisition de la propreté est étroitement liée à la qualité de la relation mère-enfant et au contexte affectif familial. Un enfant aimé, sécurisé, doit triompher sans peine de l'épreuve, prêt à affronter les frustrations à venir. A l'inverse, les attitudes névrotiques de la mère risquent d'être à l'origine de troubles plus ou moins graves et parfois définitifs.

3° - La défécation : étape de l'évolution libidinale infantile.

C'est Freud qui, en 1924, dans "Trois essais sur la théorie de la sexualité" a décrit les stades d'évolution de la libido chez l'enfant. La plupart des auteurs admettent actuellement ses hypothèses.

Le stade anal, qui nous intéresse, succède à un premier stade dit stade oral, au cours duquel tous les intérêts de l'enfant sont centrés sur l'activité buccale. A partir de l'âge de 9 mois environ, la mère en essayant d'obtenir une selle à heure fixe dans le pot, va attirer l'attention de l'enfant sur une région qui était déjà plus ou moins source de plaisir pour lui ; c'est tout d'abord l'évacuation qui, venant mettre fin à la distension pénible du rectum, sera à l'origine de la sensation de plaisir. Puis peu à peu, l'enfant découvre une autre source de jouissance : celle de se retenir, cette rétenion permettant une satisfaction plus grande au moment de l'évacuation et une excitation intensifiée de la muqueuse.

Freud a assimilé le plaisir éprouvé par l'enfant au moment de la défécation à un véritable érotisme anal, le passage des matières

à travers le sphincter étant considéré comme un équivalent de masturbation.

L'érotisme anal a été étudié par d'autres psychanalystes tels que Sadger, Ferenczi, Jones, Brill et surtout Abraham. Ces auteurs se sont attachés à décrire le mode de rétention qui s'établissait entre l'enfant et ses feces. Le stade anal représente une profonde mutation dans l'évolution libidinale infantile. En effet, le plaisir anal est le premier plaisir obtenu par l'enfant sur un mode autonome étant donné ^{que} -comme le dit Nacht- "l'enfant découvre qu'il peut trouver certains plaisirs en lui-même", (sans intervention de sa mère). Il se pose en tant que sujet en face d'un objet auquel il est supérieur et Abraham a rappelé que l'enfant sur son pot, sur "son trône" est "souverain". Le couple anal sujet-objet est donc dans sa forme idéale un couple "maître-esclave". Des fantasmes d'omnipotence coïncident avec des efforts de défécation.

Ce n'est que plus tard que l'enfant, s'intéressant à ses organes génitaux, passera au stade suivant dit stade phallique.

La période marquée chez l'enfant par les satisfactions érotiques anales correspond dans la plupart des cas à celle de l'apprentissage de la propreté. La découverte puis la recherche du plaisir anal se voient donc immédiatement entravées par les exigences maternelles. Cette première contrainte sociale mais aussi cette première frustration profonde, il est important que l'enfant l'assume sans traumatisme grave.

II - DEFINITION -

- - - -

C'est à Weissenberg que revient le mérite d'avoir introduit en 1926 le mot encoprésie et de l'avoir définie ainsi :

- défécation involontaire survenant chez un enfant ayant dépassé l'âge de 2 ans, qui ne présente aucune atteinte du système nerveux.

Plus tard beaucoup d'auteurs ont proposé des définitions voisines mais celle de Weissenberg reste la plus classique et la plus communément adoptée. Luquet-Parrat (1955) en a reculé la limite d'âge à 3 ans.

Il faut retenir de cette définition plusieurs éléments :

- l'âge fixé à 2 ans alors que pour l'énurésie la limite est de 3 ans, la discipline étant généralement acquise plus tard surtout la nuit.
- l'encoprésie n'est pas une incontinence mais une défécation normale de même que l'énurésie est une miction normale.
- ne peuvent être considérés comme encoprésiques les enfants porteurs d'une lésion nerveuse.
- ces deux dernières considérations nous amènent à différencier l'encoprésie de ce que l'on appelle incontinence alvine. Ce terme désignant l'incontinence fécale en rapport avec une atteinte neurologique (lésion nerveuse, épilepsie, coma, spina-bifida par exemple).
- enfin des réserves ont été faites par certains auteurs quant au caractère involontaire du symptôme.

En 1957, Koupernick épure la notion d'encoprésie en éliminant les enfants débiles profonds et en ne conservant dans son étude que les enfants de quotient intellectuel normal ou subnormal.

III - HISTORIQUE -

- - - -

Les auteurs ayant contribué à l'étude de l'encoprésie se distinguent par leurs conceptions étiologiques et éventuellement psychopathologiques.

1° - Un premier groupe d'auteurs a surtout mis l'accent sur les facteurs organiques soit en ignorant totalement l'éventualité de facteurs psychologiques, soit en les minimisant.

Henoch en 1881 la considère comme un désordre purement organique et conseille des injections d'ergotamine.

En 1905, Ostheimer l'attribue à une béance du sphincter.

En 1934, Marfan décrivant la défécation involontaire des écoliers, soutient une théorie somatique : hypersensibilité de la muqueuse rectale et prévalence de la syphilis. Cependant il note certains traits de caractère fréquemment retrouvés chez ces enfants : impulsivité, émotivité.

Jekelius préconise la guérison de force par l'absorption de gouttes de mauvais goût.

En 1949 Liebe parle de vagotonie, tandis qu'en 1961 Browne soutient l'hypothèse d'une inertie colique.

En 1963 Niedermeyer et Parnitzne insistent sur certains caractères somatiques liés à l'encoprésie (retard staturo-pondéral, déformations neurologiques, complications néonatales, dysrythmies électroencéphalographiques).

Bien que Richmond en 1954 ait donné les éléments du diagnostic différentiel entre mégacolon congénital et psychogénétique, Duhamel en 1968 décrit, à côté des formes psychogénétiques d'encoprésie, des formes purement organiques : celles-ci seraient la conséquence de malformations anorectales difficiles à dépister et la constipation apparaîtrait comme l'élément dominant du tableau : (fécalomes, malformations décelables uniquement par biopsie, mégacolon terminal).

2° - Un certain nombre d'auteurs considèrent que les éléments somatiques constituent des facteurs déclenchants favorisant l'apparition de l'encoprésie ou au contraire secondaires à cette dernière.

Ceux-ci forment le deuxième grand groupe d'auteurs qui, à l'opposition du premier, a mis plus particulièrement l'accent sur les facteurs psychiques et sur l'origine psychogénétique de l'encoprésie.

Dès 1926 le pédiatre Pototsky puis D. A. Thom en 1928 ont mis en évidence le caractère réactionnel des troubles, l'enfant s'opposant ainsi à ses parents.

En 1934 Schachter prenant vigoureusement le contrepied de Marfan rejette l'hypothèse syphilitique, met l'accent sur certaines circonstances familiales défavorables et interprète le symptôme comme une réaction de défense.

Pour Burns (1941) l'encoprésie est une "protestation contre un entourage inamical".

Pearson isole certains facteurs déclenchants telle la naissance d'un puiné, ou la dissociation familiale.

En 1926 Freud aborde un autre aspect du problème en décrivant le rôle joué dans la sexualité infantile par la région anale, la défécation s'associant, à cause de fautes éducatives à des sentiments d'angoisse ou au contraire de plaisir excessif. De nombreux auteurs ont repris ces idées en les développant en particulier Glanzmann en 1934, Tramer en 1940, Lehman en 1944, et on proposé un traitement psychanalytique dans les cas graves.

D'autres auteurs se sont attachés à décrire les traits de caractère de l'encoprésique tel Kanner en 1953 qui met en évidence son instabilité émotionnelle à caractère régressif et puéril. Anthony en 1957 dans un intéressant travail fait un essai d'approche expérimental de la psychopathologie de l'encoprésie, insiste sur l'importance de l'éducation sphinctérienne et distingue deux types d'enfants encoprésiques.

En 1959 Mac Taggart retrouve une dépendance avec immaturité affective tandis que Masson-Perenoud en 1966 étudie la structure profonde de la personnalité de ces enfants : névrotique, caractérielle ou psycho-somatique.

La seule étude statistique retrouvée dans la littérature est l'important travail de Margit Reilmann qui en 1966 a présenté une étude de 200 encoprésiques âgés de 7 ans en les comparant à une population de 200 enfants normaux. Elle a étudié plus particulièrement les différents facteurs entrant dans la genèse de l'encoprésie.

Enfin plus récemment on s'est préoccupé de démembrer l'encoprésie et de classer les différentes formes. C'est ce que nous proposons :

* Koupanik en 1957 et Vaughan en 1961 qui décrivent trois types d'encoprésie suivant le mécanisme de sa genèse et sa signification. Vaughan insiste en outre sur les troubles qui lui sont associés.

* En 1963 Kohler pose le problème de la nature psychosomatique du trouble et propose une classification.

* Enfin en 1968, Debray tente un démembrement de l'encoprésie qu'il divise en deux types : mécanisme réactionnel soit d'ordre régressif et passif, soit d'ordre agressif et sthénique.

I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

- I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

- I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

- I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

- I I S I I I I I I I

I I S I I I I I I I

Observation n° 1 - Pierre B.

Enfant né le 1. 4. 1957 présenté pour la première fois à la consultation du C. P. M. P. le 24. 2. 1966 (8 ans 2 mois). Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est que l'enfant sera suivi régulièrement jusqu'en 1968. Bien que l'encoprésie ait cessé en 1961 lorsque l'enfant avait 4 ans et l'énurésie lorsqu'il avait 7 ans, il est intéressant de suivre l'évolution psychologique. En effet, les troubles sphinctériens ont laissé la place à d'autres troubles de même signification mais d'expression différente. L'enfant est amené pour des troubles du comportement et des difficultés caractérielles.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

- Père âgé de 39 ans, fils unique, employé de bureau à l'E. D. F., en bonne santé. Les parents sont divorcés depuis que l'enfant a deux ans.

- Mère âgée de 32 ans, fille unique, professeur d'enseignement ménager, en bonne santé.

- Grands'parents paternels :

Grand-père paternel décédé en 1960 d'un infarctus.

Grand-mère maternelle, vit avec son fils divorcé.

Bonne santé, mais présenterait des troubles du comportement : folie des grandeurs : paranoïaque ?, et attachement pathologique à son fils (aux dires de la mère).

- Grands-parents maternels :

Grand-père maternel retraité S. N. C. F. en bonne santé.

Grand-mère maternelle : directrice d'école, retraitée. S'est occupée de l'enfant depuis sa naissance en collaboration avec sa fille.

2° - Antécédents personnels somatiques :

Enfant unique, né le 1. 1. 1957 (mariage le 17. 11. 1956). La grossesse s'est déroulée dans des conditions particulièrement pénibles ; la mère n'est pas mariée. Sa belle-mère refuse le mariage

car elle craint de perdre son fils et finalement pose comme condition la cohabitation avec le jeune couple. Mme B. se réfugie chez ses parents où elle accouchera. Malgré les problèmes affectifs énormes posés pendant la grossesse, Mme B. ne présente pas de vomissements. L'enfant naît quinze jours avant terme, à la suite d'un accouchement long, mais l'enfant crie de suite.

Allaitement maternel pendant 4 mois. Rachitisme jusqu'à 2 ans et demi.

Maladies banales de l'enfance : rhino-pharyngites, bronchites. Phimosis opéré récemment.

Développement psycho-moteur normal : marche à 12 mois mais parle tard : 3 ans et demi.

Enurésie diurne et nocturne jusqu'à 4 ans. L'énurésie nocturne s'est poursuivie jusqu'à 8 ans. L'enfant a présenté quelques accidents énurétiques après l'intervention pour phimosis.

Encoprésie diurne jusqu'à 5 ans.

3° - Antécédents personnels psychologiques :

- * événements traumatisants,
- * conditions de vie.

- Sa belle-mère exigeant que le jeune couple habite chez elle, Mme B. accouchera chez ses parents et décide de rester chez eux par la suite. Monsieur B. viendra quelques mois habiter avec elle mais en restant très proche de sa mère qu'il voit tous les jours et en ayant beaucoup d'activités hors du foyer.

Une procédure de divorce sera mise en route après 5 mois de mariage.

- L'enfant est donc élevé par sa grand-mère maternelle, directrice d'école en retraite, pendant que la mère travaille. Le père a regagné le domicile de ses parents et ne s'occupera qu'épisodiquement de l'enfant.

- Le divorce est prononcé le 3 Novembre 1959, Pierre est alors âgé de deux ans et n'a jamais connu son père. Droit de visite accordé au père, l'enfant étant à la garde de la mère. L'enfant serait très opposé à la mère lorsqu'il

revient de séjour chez son père : giffle sa mère et lui reproche de l'avoir abandonné à l'âge de 28 mois.

- Pendant 11 ans, les parents vont s'arracher l'enfant et ceci généralement au moyen de mesures judiciaires ce qui montre bien l'importance du conflit parental : grave problème de l'enfant du divorce.

Pendant 10 ans, Pierre va être successivement placé sous l'influence de ses deux grands-mères (deux fois par mois chez son père).

- La grand-mère maternelle le garde pendant que la mère travaille et exerce sur l'enfant une pression pédagogique importante : le fait travailler tous les soirs. Le système éducatif établi par le couple mère-grand-mère est très punitif : éducation extrêmement rigide, (ne supporte aucune maladresse de la part de l'enfant, est très exigeante pour les questions de propreté, combat la gaucherie de l'enfant, etc...).

La grand-mère paternelle est l'élément dominant de la famille paternelle. Elle est décrite comme très pathologique par sa belle-fille, serait paranoïaque et aurait des relations incestueuses avec son fils. "Elle montrait" Pierre contre sa mère.

L'éducation paraît beaucoup plus libre chez le père : "pour attirer l'enfant" rétorque la mère.

A partir de septembre 1967, l'enfant fugue délibérément chez son père pour échapper à l'agressivité maternelle et refuse de revenir. La mère n'a pas vu l'enfant depuis un an, ne cherche ni à lui écrire ni à le voir.

II - LES TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT AU COURS DE CES 10 ANNEES-

Relations familiales.

1° - Les troubles :

- énurésie diurne jusqu'à 5 ans,
- énurésie nocturne jusqu'à 8 ans,
- encoprésie diurne jusqu'à 5 ans.

En février 1966, l'enfant est adressé à la consultation pour :

- difficultés de caractère et de comportement retentissant sur le travail scolaire.

- troubles scolaires surgissants avec la maîtresse alors que l'enfant a toujours aimé les professeurs de sexe masculin (identification des maîtresses à la mère envers laquelle il est très agressif). A beaucoup besoin d'un père.

- boulimie de compensation.

- opposition à la mère très importante : a des gestes brutaux avec elle.

En mars 1967,

- échecs scolaires qui déprimeraient l'enfant.

- extrêmement opposant avec sa mère, réjetant, se révolte contre elle, refuse tout contact.

- caractère emporté avec des manifestations impulsives : agressivité.

- serait "terrorisé" par sa grand-mère paternelle aux dires de la mère.

En octobre 1967,

- à la suite d'une menace de punition en relation avec le travail scolaire, l'enfant fugue chez son père et refuse de revenir malgré l'intervention de la Brigade des Mineurs.

- fuit sa mère lorsqu'elle cherche à le voir.

En juillet 1968 (11 ans),

- l'enfant est toujours chez son père et n'a pas cherché à revoir sa mère. Celle-ci attend une décision judiciaire.

- se sent bien inserré chez son père, refuse d'aller rendre visite à sa mère. Dit qu'il refusera définitivement de voir sa mère, extrêmement agressif vis-à-vis d'elle.

2° - Les relations familiales :

Relation mère-enfant :

Elle a toujours été très mauvaise l'enfant étant très agressif avec sa mère, mais s'est beaucoup détériorée au fil des années pour aboutir à la fugue en 1967.

La mère accumule les maladresses auprès de l'enfant,

- maniaque de la propreté, l'éducation sphinctérienne a été rigide et ajoutée à la mauvaise relation mère-enfant aboutit à l'encoprésie. La mère ne supporte pas les maladresses de l'enfant et établit un véritable système de dressage, tant à table qu'à la toilette : lave l'enfant, l'habille et le déshabille ce qui entraîne rapidement une réaction impulsive brutale, l'enfant refusant que sa mère le touche.

- extrêmement agressive vis-à-vis de l'enfant qui le lui rend bien, Pierre la surexcite, l'énerve.

- la pression pédagogique est considérable : on fait travailler l'enfant le soir et pendant les vacances.

- l'éducation est sévère, punitive : fessées fréquentes. "Quand il est seul avec moi, Pierre est très désobéissant jusqu'à la perversité et je dois prendre le martinet".

- l'enfant est rejeté par sa mère tant parce qu'il se révolte constamment que parce qu'il reste le lien avec sa belle-famille. La mère a décidé depuis longtemps de le mettre aux enfants de troupe pensionnaire dans une école militaire "afin qu'il ne puisse pas se sauver" ; "l'année scolaire va être perdue car personne ne le force, s'il n'est pas contraint il ne fera rien. Moi si je ne peux le contraindre c'est la négation de l'éducation que je lui ai donnée".

Donc relation mère-enfant extrêmement pathologique. La mère étant d'une agressivité importante rationalisée sous des prétextes éducatifs et l'enfant étant en révolte. La mère raconte toute son histoire en restant très froide, indifférente, sans un moment d'émotion mais avec une intellectualisation très poussée. Moyens de défense ? Maladie mentale ?

La grand-mère maternelle : s'occupera de l'éducation de l'enfant pendant 10 ans de concert avec la mère, exerçant surtout une pression pédagogique.

La grand-mère paternelle : est décrite par la mère comme très pathologique : est-ce vrai ?

- elle aurait la folie des grandeurs, aimerait l'argent et aurait eu de ce fait plusieurs amants.

- il semble bien exact que la relation grand-mère-fils soit en effet de nature pathologique, voisine de l'inceste. Elle n'a jamais quitté son fils unique âgé de 40 ans et obligeait le jeune couple à loger chez elle. Elle l'a même suivi durant son service militaire. Elle attirerait des jeunes-filles chez elle auprès de son fils pour cacher les manœuvres incestueuses et les renverrait à bon escient. Mme B. a l'impression d'avoir été la victime de cette femme qu'elle accuse de sorcellerie (on ne sait si ces affirmations sont vraies ou si Mme B. a construit toute une histoire autour d'un fait initial exact).

De toute façon, le père semble très dépendant de sa mère qu'il ne quitte jamais.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le point de vue du pédiatre ----- (Dr PUGEAUT)

Antécédents pathologiques banaux.

Enurésie - encoprésie

Examen somatique normal

Droitier homogène

Syncinésies (++)

2° - Examen pédagogique : la scolarité (Mr PAULIEN)

de 1960 à 1963 : CE1

de 1964 à 1965 : CE2

de 1965 à 1966 : CM1

de 1966 à 1967 : CM2

de 1967 à 1968 : en 6e au lycée.

Scolarité donc normale, mais grosses difficultés avec les professeurs de sexe féminin alors que tout se passe bien avec les professeurs masculins que l'enfant aime beaucoup. En fait, il s'agit d'une agressivité contre la

mère transférée sur les maîtresses.

Pression pédagogique très importante à la maison, en particulier de la part de la grand-mère maternelle qui est une ancienne directrice d'école. On fait travailler l'enfant le soir et pendant les vacances, ce dont il se plaint beaucoup.

Les tests pédagogiques donnent les résultats suivants :

- bon niveau d'acquisitions scolaires,
- pas de problème scolaire. Le problème se situe au niveau affectif ce qui explique les difficultés de l'enfant à l'école.

3° - Examen psychologique : (Mr PAULIEN)

- (quotient intellectuel
-) latéralité
- (personnalité

Le Q. I. évalué au WISC donne les résultats suivants :

(échelle verbale	119
) échelle de performance	113
(échelle complète	<u>117</u>

donc niveau intellectuel normal fort, 2 % des enfants de son âge lui sont supérieurs. Intelligence supérieure.

L'analyse du test permet de dégager les éléments suivants :

- * échelle verbale supérieure à l'échelle de performance,
- * information élevée,
- * arrangement d'images faible, manque d'éveil au social,
- * code faible,
- * un signe négatif important : esprit absorbé par les chiffres ce qui est un caractère de structure obsessionnelle.
- * attention très labile.

En résumé : enfant d'intelligence supérieure mais chez lequel on découvre des éléments de structure névrotique dans la série obsessionnelle.

Latéralité : droitier homogène mais syncinésies importantes, très mauvaise coordination motrice.

4° - Examen psychiatrique : le point de vue du psychia-
tre (Dr TETAZ)

En février 1966 : manifestations d'opposition très importante avec la mère. Agressivité, révolte, dit à sa mère de se sauver. Boulimie de compensation. Besoin très grand d'un père.

- relation pathologique du père avec sa propre mère,
- mère extrêmement agressive, rejetante, rigide : principes éducatifs, contraignante, punitions.

En mars 1967 : agressivité très importante envers la mère : réactions impulsives. Rejette sa mère.

En octobre 1967 : fugue chez son père : point de rupture, raptus anxieux ?

En juillet 1968 : léger tremblement de nature émotionnelle. Le contact est difficile au début de l'entretien, l'enfant est tendu, hostile, dur ; explique d'emblée son attitude en disant : "je pense que cet examen a pour objet de savoir si je suis fou". Puis il devient plus coopératif.

Il évoque avec beaucoup de dégoût les années passées chez sa mère et ses grands-parents maternels, garde un très mauvais souvenir de cette période. Il accumule les griefs, insistant sur le "forçage scolaire" dont il a été l'objet et la dureté excessive de la mère à son égard. Les relations avec la mère ont été ressenties ainsi par l'enfant. Pierre a d'ailleurs fui cette situation qu'il ne supportait pas. Il se dit bien adapté dans le milieu paternel, milieu plus permissif donc plus agréable.

L'enfant est très opposé à un retour éventuel chez sa mère et même aux visites chez elle.

Enfant intelligent, vulnérable, intolérant aux frustrations. Forte anxiété amenant l'enfant à fuir les situations traumatisantes et à s'organiser des défenses à sa mesure.

Confusément culpabilisé par son agressivité envers sa mère, très mal à l'aise sur le plan affectif.

- 5° - Personnalité : deux tests de personnalité ont été pratiqués : (Mr TILQUIN)
- le 24 Février 1966
 - le 2 Mars 1967

en 1966 :

L'analyse du Rozenzweig permet d'isoler les éléments suivants :

- Pierre est un enfant mal adapté, dominé par ses difficultés, tournant le dos à l'obstacle, oubliant la réalité frustrante par une évasion dans la rêverie.
- La mère est perçue comme extrêmement frustrante par un enfant présentant une sensibilité exagérée aux frustrations. Secondairement Pierre se montre très agressif envers sa mère et essaie d'obtenir satisfaction par la réclamation infantile.
- L'étude de l'agressivité montre une exagération de celle-ci tant en ce qui concerne l'agression pure que dans la tendance à percevoir les accusations comme une situation de frustration. A l'intérieur du test, le mode réactionnel est d'abord celui de la réclamation puis, si la frustration persiste, celui de l'agression.

en 1967 :

Pierre, qui quelques mois plus tard fuera chez son père, se montre plus renfermé avec un déclin de l'agressivité dans son expression manifeste. L'enfant paraît moins susceptible, plus conciliant parce que plus dissimulé, ceci étant un blocage du sur moi. Par contre, la culpabilité est augmentée.

A travers les deux tests, Pierre se présente comme un immature affectif avec une tolérance très diminuée aux frustration et un narcissisme excessif. L'immaturité affective est déterminée par les relations parentales perturbées : attachement infantile à la mère (fixation oedipienne probable).

CONCLUSION

- - - - -

Enfant âgé actuellement de 11 ans, suivi depuis 2 ans pour difficultés scolaires et troubles du comportement à type d'opposition. Pierre a présenté une encoprésie jusqu'à l'âge de 5 ans, une énurésie nocturne jusqu'à l'âge de 8 ans.

Il s'agit d'un enfant extrêmement perturbé par la situation familiale ; les parents, fils et fille unique, très dépendants de leur famille, n'ont pratiquement jamais vécu ensemble et ont divorcé lorsque l'enfant avait 2 ans.

Les grands-mères ont un rôle important dans le comportement de l'enfant : la première exerçant sur lui une forte pression pédagogique, la seconde retenant le père de Pierre auprès d'elle dans des relations mère-fils de type incestueux. La mère de Pierre est extrêmement perturbée, très agressive envers son mari et son fils, rejetant l'enfant et lui imposant une éducation rigide, contraignante, voulant le mettre pensionnaire dans une Ecole Militaire pour le dresser parce qu'elle ne le supporte plus. Elle gardera l'enfant jusqu'à l'âge de 10 ans et sera l'élément essentiel contre lequel il va s'élever. La mère a bati une histoire de complot ourdi contre elle par sa belle-mère et dans lequel l'enfant servirait d'appât : s'agit-il d'une malade mentale ?

Le père garde l'enfant depuis un an. Auparavant il le voyait tous les 15 jours. Il s'agit là aussi d'un père pathogène attaché définitivement à sa propre mère qui s'occupe constamment de lui et ne supporte pas la présence d'une belle-fille, le suit au service militaire et dirige sa vie sentimentale.

Pendant 10 ans, les parents vont s'arracher l'enfant dans une lutte d'influence dramatique. Il n'y a pas une année où n'interviennent des mesures judiciaires à son sujet : énorme problème de l'enfant du divorce.

Fils unique, d'intelligence supérieure, Pierre est très perturbé par la situation. Au cours des années son opposition envers sa mère s'affirme et prend l'aspect d'une véritable révolte. L'encoprésie est une des expressions de cette opposition (la mère ayant imposé des contraintes de propreté et une éducation sphinctérienne sévère), puis plus tard de la résistance passive, l'enfant passera à l'agressivité, rejetant délibérément sa mère lorsqu'elle cherche à se rapprocher de lui.

Le point de rupture sera atteint en 1967. L'enfant a 10 ans et fugue chez son père. Il refusera de revenir chez sa mère malgré l'intervention de la Brigade des Mineurs. Actuellement, il refuse de la voir et de lui écrire.

Donc énorme problème dans la relation mère-enfant, très perturbée, s'exprimant depuis 10 ans par une opposition avec agressivité. Des éléments de structure névrotique obsessionnelle apparaissent à l'analyse des tests ainsi qu'une immaturité affective avec dépendance infantile à la mère.

Observation n° 2 - Frédéric B.

Frédéric B. né le 19. 8. 1962 est amené à la consultation du Centre Médico-Psycho-Pédagogique sur les conseils de l'Assistante Sociale de l'usine dans laquelle elle travaille. L'enfant est montré pour des troubles d'articulation. L'encoprésie n'est pas le motif de la consultation mais sera retrouvée à l'interrogatoire systématique.

Il s'agit d'un enfant unique qui vit actuellement chez les grands-parents maternels, le couple parental étant en instance de divorce.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Les grands-parents maternels ont la garde de l'enfant. Eux-mêmes ont eu neuf enfants dont plusieurs restent encore actuellement au foyer, en particulier Corinne âgée de 10 ans et Nadine âgée de 4 ans, que Frédéric considère comme sœurs.

Les grands-parents paternels se sont occupés de l'enfant. Ils ne seraient pas sévères avec lui mais l'identifieraient à la mère "votre fils est comme vous" dans une attitude rejet.

Le père, peintre en bâtiment, dirige depuis trois ans une petite entreprise de peinture à son compte. Il serait de nature calme.

La mère présente des antécédents psychiatriques importants. Elle est en arrêt de travail depuis six mois pour dépression nerveuse et a fait deux séjours récents à l'Hôpital Psychiatrique. Elle se présente comme une déséquilibrée caractérielle avec des traits obsessionnels.

2° - Antécédents collatéraux :

Enfant unique mais souvent gardé par les grands-parents maternels qui ont encore plusieurs enfants à la maison.

3° - Antécédents personnels somatiques :

Frédéric est né le 19. 8. 1962 à la suite d'une grossesse normale acceptée, non désirée (la mère n'étant pas mariée) mais le mariage ne semble pas dû à la grossesse.

Prématuré de 3 semaines, accouchement normal, poids à la naissance : 2,400 kg. Ictère néo-natal.

Allaitement au sein pendant trois semaines puis lait artificiel et lait de vache. Il ne semble pas y avoir eu de problèmes alimentaires mais l'enfant boit beaucoup (compensation orale ?).

Les maladies présentées par l'enfant se situent surtout dans la sphère O. R. L. : otites fréquentes n'ayant pas entraîné de paracétèses, rhino-pharyngites, adénoïdectomie à 4 ans.

Le sommeil a toujours été agité.

Développement psycho-moteur normal :

- marche à 1 an, dents à 10 mois, premiers mots avant 1 an.

- retard d'acquisition du langage, les premières phrases étant apparues vers 2 ans et demi et l'enfant ayant longtemps parlé "bébé".

- propreté acquise totalement à 18 mois mais apparition à l'âge de 3 ans d'une encoprésie secondaire s'accompagnant de quelques accidents énurétiques.

L'éducation sphinctérienne a débuté à l'âge de 11 mois et une discipline parfaite est obtenue à 18 mois. Les méthodes employées par la mère sont particulièrement coercitives. La mère est rigide, sévère, autoritaire, elle reconnaît spontanément avoir exigé de l'enfant beaucoup plus qu'il ne pouvait. C'est une femme minutieuse, maniaque, avec des traits obsessionnels. Elle impose à l'enfant de faire ses besoins avec elle, (habitude encore actuelle).

A l'âge de 3 ans apparaissent les manifestations encoprésiques : encoprésie secondaire, diurne, l'enfant salissant tous les jours sa culotte sans exception, et parfois nocturne. Elle se manifeste aussi bien à l'école qu'à la maison. L'enfant marque son opposition à la mère en refusant d'aller aux W. C. parce que, dit-il, il a peur, et fait dans sa culotte.

"Je ferai dans ma culotte exprès" dit-il.

Cependant lorsque l'accident est arrivé, il est honteux, très culpabilisé, redoutant la sanction. En effet, la mère supporte très mal l'encoprésie de son fils qui lui apporte un surcroît de travail. Elle est très punitive, n'hésitant pas à employer de lourdes sanctions. Elle emploie de nouveau les premières méthodes d'éducation, obligeant l'enfant à faire ses besoins avec elle !! et si cela s'avère nécessaire, à l'aide de suppositoires. La mère relie l'apparition de l'encoprésie à la prise de conscience par l'enfant de la mésentente conjugale.

Actuellement en Décembre 1968, l'enfant est toujours encoprélique mais de façon épisodique. Le couple étant séparé, l'encoprésie apparaît dès que l'enfant effectue un séjour près de son père, et se produit alors tous les jours. Lorsqu'il revient auprès de sa mère, celle-ci reprend les mesures éducatives et le "dresse en huit jours". Cependant même auprès de sa mère, un certain nombre d'accidents se produisent encore. La mère a remarqué leur recrudescence lorsqu'elle était déprimée et que Frédéric s'en apercevait. En effet, elle supporte très mal la séparation et doit suivre un traitement tranquillisant en permanence. Au contraire, l'encoprésie disparaît totalement lorsque la mère est détendue (par exemple au cours des vacances). L'énurésie s'est exprimée sous la forme d'accidents nocturnes passagers à l'âge de 3 ans mais a disparu rapidement.

4° - Antécédents personnels psychologiques - Placements extra-familiaux - événements traumatisants -

a) on relève dans les antécédents de l'enfant des placements extra-familiaux pratiquement ininterrompus depuis la naissance.

- A la naissance de l'enfant la mère a vécu deux ans chez les grands-parents maternels, le père étant militaire. La grossesse n'avait pas été désirée.

- A l'âge de 2 ans et durant 8 mois, l'enfant est confié à une voisine qui a deux enfants et un pensionnaire. Il présente à cette époque une période d'anorexie passagère. La mère le reprend à la maison tous les soirs.

- Puis il est placé en demi-pension au Clos-Morin. Il s'y adapte mal ce qui se traduit par un nouvel épisode d'anorexie et semble-t-il l'installation de l'encoprésie.

- Depuis l'âge de 3 ans et demi, Frédéric est gardé par sa grand-mère maternelle, et repris par ses parents seulement le samedi et le dimanche.

En conclusion, l'enfant n'a jamais vécu normalement entre son père et sa mère d'où la création d'une situation abandonnique se manifestant par une mauvaise adaptation et des réactions d'opposition : anorexie, encoprésie.

Placements successifs depuis la naissance.

b) Il existe de gros problèmes entre le père et la mère et actuellement une action en divorce est intentée par le père : mésentente conjugale : le père a une liaison, la mère présente une dépression. La tension entre le père et la mère existe surtout depuis un an et l'enfant s'en rendrait compte depuis six mois.

La mère est en arrêt de travail depuis six mois pour dépression nerveuse avec deux rechutes successives. L'enfant a été très traumatisé il y a six mois lorsque sa mère a tenté de se suicider. Il est resté seul avec elle cet après-midi là, la mère s'étant couchée. Pendant ce temps, l'enfant a présenté une agitation anxieuse : mettait le feu partout, cassait les ampoules, renversait tout.

II - HISTOIRE ACTUELLE -

1° - Les troubles présentés par l'enfant :

- L'enfant est amené à la consultation par sa grand-mère maternelle qui en a la garde actuellement, la mère étant en milieu psychiatrique ne peut se déplacer.

- Il nous est adressé pour troubles de l'articulation du langage et instabilité psycho-motrice importante tant à l'école que dans la famille.

- Il est décrit par la grand-mère comme un enfant nerveux, anxieux, très affectueux mais pouvant être très méchant.

L'instabilité se manifeste dans les jeux : il joue un quart d'heure aux voitures, il n'y a que cela qui l'intéresse ; au cours des repas, il se lève tout le temps, il ne tient pas en place.

L'enfant aime jouer avec le feu : il ne faut pas laisser traîner les allumettes, prend le feu au gaz pour faire brûler papiers et cartons. Il casse tout.

- L'enfant ressent profondément la mésentente conjugale : demande si sa mère est toujours malade, si elle ne pleure pas.

- Etant donné la coercition employée par la mère vis-à-vis de l'encoprésie, l'enfant exprime son opposition sur le même mode par le truchement d'équivalents : injurie grossièrement ses grands-parents au moyen d'un vocabulaire particulièrement vulgaire, scatologique.

- se complaît dans la saleté, la boue, se traîne dans la terre.

2° - Les relations familiales :

L'enfant vit actuellement chez sa grand-mère maternelle, en compagnie de plusieurs enfants : tantes ou cousins. La mère vit seule et voit l'enfant tous les jours au cours des repas.

* mère-enfant : la mère est très agressive envers son fils qu'elle ne supporte plus : son instabilité, son insolence l'excèdent. L'agressivité se manifeste sous la forme de punitions quotidiennes : "on ne peut rien obtenir de lui sans lui taper dessus". Il est possible que cette agressivité soit exagérée par l'identification de Frédéric à son père. Elle ne cesse de répéter que l'enfant est "comme son mari", instable, menteur, fainéant, sournois.

* père-enfant : l'enfant effectue chez son père des séjours épisodiques, le père vivant chez ses parents avec sa maîtresse. L'enfant semble très perturbé par ces séjours : en effet l'encoprésie réapparaît pendant toute la durée du séjour et persiste pendant environ quinze jours lorsque l'enfant est de retour chez sa mère, celle-ci le "dressant" rapidement par les méthodes mentionnées plus haut. Il pleure pour s'y rendre, cependant l'absence de père est profondément ressentie par l'enfant. Dès qu'il voit un homme avec sa mère il dit "je voudrais que ce soit mon papa". Réclame sans arrêt un père. Le père dit de l'enfant : "c'est une tête dure".

* enfant-grands-parents : Frédéric est très agressif vis-à-vis de ses grands-parents, alors que la relation avec la mère est ambivalente. L'agressivité s'exprime sur le mode verbal : injurie constamment ses grands-parents et de la façon la plus grossière possible : "je dirai des gros mots exprès".

* enfant-cousins : Frédéric est taquin et même méchant mais cette attitude prend une allure impulsive, l'enfant passant brusquement de la gentillesse à l'agressivité. Il aime beaucoup ses cousins plus âgés qui ont avec lui une relation de type maternel.

III - L'EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le point de vue du pédiatre

(Dr PUGEAUT)

Enfant de 5 ans, né prématuré de 3 semaines. Le développement psycho-moteur est normal.

Enurésie transitoire nocturne à l'âge de trois ans.

Encoprésie secondaire diurne quotidienne de trois à cinq ans, plus épisodique actuellement. Le sommeil est agité, grince des dents, saute sur son lit, se cogne la tête, s'endort en se balançant.

Otitites et rhino-pharyngites.

Adénoïdectomie à 4 ans.

Amydalectomie à 6 ans.

Troubles de l'articulation.

Examen somatique normal.

Taille - 3 %

Poids + 14 % ~~-----~~ obésité

L'abdomen est souple mais augmenté de volume, secondaire semble-t-il à une sorte de constipation chronique : l'enfant refusant d'aller à la selle. Donc constipation + encoprésie.

2° - Examen pédagogique : la scolarité.

L'enfant est en cours préparatoire.

Instabilité psycho-motrice très importante : incapable de rester en place et de fixer son attention.

Les résultats sont catastrophiques : "tout passe au-dessus de sa tête".

L'enfant est très gêné par ses troubles d'articulation.

Il cherche à attirer l'attention sur lui : besoin d'affection.

3° - Examen psychologique : (Mr COQUIN)

(quotient intellectuel

) latéralité

(langage

Le niveau intellectuel évalué au WISC donne les résultats suivants :

(échelle verbale 78

) échelle de performance 80

(échelle complète 77

mais on ne peut dire s'il s'agit vraiment d'un débile léger ou d'une régression affective. La réalisation du test est difficile en raison de l'instabi-

lité de l'enfant, très ludique, impulsif. Il est impossible de lui faire respecter une consigne. Opposant dès qu'il ne sait pas, avec quelques éclairs de coopération.

L'examen de la latéralité : est impossible.

L'examen du langage : montre un léger retard sur le plan de l'articulation, sans retard sur le plan de la compréhension. Il existe un gros défaut d'articulation, l'enfant étant pratiquement incompréhensible. Ne peut prononcer : ch, s, j, z, et parle très vite.

4° - Examen psychiatrique : le point de vue du psychiatre (Dr TETAZ)

La mère est volubile, d'allure très névrotique, pleure facilement en parlant. Supporte actuellement très mal la séparation conjugale et la solitude. Elle ne désirait pas le divorce mais a dû céder sur l'insistance du mari. Elle s'y résigne difficilement. Suit un traitement tranquillisant et anti-dépresseur depuis 18 mois et se dit très déprimée actuellement : "Frédéric passe au second plan, j'ai beaucoup trop d'ennuis personnels. Je pense toujours à mon mari". Très agressive vis-à-vis de Frédéric qu'elle identifie au mari. Très punitive, rejetante et dévalorisante elle reconnaît être trop exigeante avec l'enfant. Ne supporte pas son instabilité, et doit le punir quotidiennement. Le conflit mère-enfant est permanent. Dit aimer les bébés et s'occuper des enfants jusqu'à deux ans seulement.

L'enfant est gentil, parle facilement mais est difficilement compréhensible en raison des troubles d'articulation. Très instable, bouge sans cesse, déambule dans le bureau. Dessine un chateau, des voiliers, des avions. Ses dessins sont minuscules, dispersés : inhibition, insécurité. Aime beaucoup jouer au papa et à la maman et tient toujours le rôle du papa parce qu'il est fort et se montre sévère avec les bébés : besoin d'image paternelle très important. Impulsif.

5° - Examen de la personnalité : Tests projectifs (Mr COQUIN)

Rozenweig : impossible à réaliser. L'enfant rit, ne dit rien, regarde ailleurs puis s'oppose, ferme les yeux.

Test de l'Arbre (1967) : veut faire "une bagnole". Se décide à dessiner l'arbre

en disant : "je ferai plein de bagnoles dessus".

Age de développement normal. L'analyse du dessin permet d'isoler les éléments suivants :

- l'enfant ressent la division affective entre ses parents. La mère est insécurisante et insatisfaisante par son abandon de la maison. Il existe un attachement ambivalent à la mère. Par contre, s'exprime un appui sur le père autoritaire.

- on trouve en outre, des éléments d'insécurité avec un besoin de tendresse, d'appui. Une anxiété avec impression d'abandon et certains moments de panique.

- l'enfant est excitable, instable, avec un besoin de s'affirmer, de parler, de mystifier, faire des pitreries, clowneries. Sur un fond agressif apparaissent des éclats de colère avec intransigeance, impulsivité. Il existe simultanément un état de dépendance et un désir de dominer, et secondairement un sentiment de culpabilité.

- l'enfant réagit à la situation par quatre mécanismes différents :

1° - Fuite de difficultés, passivité, paresse, repli sur soi, méfiance, blocage, angoisse, d'où impression d'insuffisance, autocritique, autodépréciation.

2° - Opposition, révolte, réactions brutales, décharges agressives, crises de désespoir et secondairement autoreproches, culpabilité, autopunition.

3° - Refuge dans une attitude d'intérêt pour la nourriture, la boisson : régression orale ?
ou dans une activité encoprésique, goût de la saleté : régression anale ?

4° - Indécision entre tendances actives et passives.

EN RESUME

- Dissociation du foyer	)		
- Mère insécurisante et	)	Insécurité ++	- refuge dans la <u>régression</u>
déprimée, rigide, punitive.	(	Anxiété	
	(	<u>Agressivité</u>	orale anale
	)		polydipsie encoprésie
Education sphinctérienne <u>très</u>			
<u>rigide</u>			agressivité impulsivité
			opposition
			culpabilité,
			autoreproches,
			autodépréciation,
			<u>autopunition.</u>

Absence du père recherche d'une image paternelle.
Identification au père.

- Education sphinctérienne rigide.
- Traits de caractère anal chez l'enfant : goût pour la saleté, emploi des mots grossiers.

CONCLUSION

Enfant unique actuellement âgé de 6 ans, amené à la consultation à l'âge de 5 ans pour troubles de l'articulation.

L'interrogatoire met en évidence des troubles de l'appétit (anorexie ou polydipsie), des accidents énurétiques nocturnes transitoires, une encoprésie secondaire apparue à l'âge de 3 ans, quotidienne, alors que l'enfant était propre à 18 mois. Par ailleurs, il existe de gros troubles du comportement avec instabilité, impulsivité, colère, opposition.

La situation familiale est très pathogène : placé successivement depuis sa naissance, Frédéric est actuellement gardé par sa grand-mère maternelle, les parents étant en instance de divorce. La mère supporte très mal la séparation qui crée un conflit et a présenté plusieurs états dépressifs. Elle est très agressive vis-à-vis de l'enfant qu'elle identifie au mari. Elle s'est montrée très sévère au cours de l'éducation sphinctérienne de l'enfant.

L'enfant est gravement insécurisé et dévalorisé par la situation : l'étude de la personnalité montre une angoisse avec repli sur soi, autodépréciation, autopunition. L'enfant réagit d'une part par une opposition avec agressivité, et d'autre part par une régression sur le mode oral et anal.

L'évolution actuelle est défavorable en partie à cause de la dégradation de la situation familiale et de l'état névrotique décompensé de la mère. Les parents sont séparés mais l'enfant effectue de fréquents séjours chez son père. La mère est agressive, rejetante et dit ne plus supporter Frédéric.

L'enfant est suivi depuis un an au cours d'une rééducation orthophonique à visée psychothérapique. Certains progrès ont été notés en ce qui concerne le langage mais les troubles du comportement se sont aggravés : Frédéric est insupportable, instable, impulsif, grossier, très opposant.

L'encoprésie réapparaît quotidiennement lorsque l'enfant effectue un séjour chez son père et ne disparaît qu'au prix d'un dressage maternel sévère. Nous pensons que son état relève d'une psychothérapie.

Observation n° 3 - Rose B. (7 ans 2 mois)

Enfant née le 12. 11. 1959 adressée dans le service de Pédiatrie par le Directeur de l'Assistance Publique pour un bilan : enfant présentant une énurésie et une encoprésie.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Enfant née de père inconnu,
la mère est débile, illetrée. Ses trois enfants ont
été confiés à l'Assistance Publique.

2° - Antécédents collatéraux :

- non connus.

3° - Antécédents personnels :

(mère débile

Enfant confiée à l'Assistance Publique)

(père inconnu

- Bien que l'enfant ne soit connue que depuis 1962,
il ne semble pas y avoir d'antécédents somatiques particuliers auparavant.

- En 1962 (l'enfant avait alors 3 ans), placée en
nourrice.

- Développement psychomoteur normal.

- Acquisition normale de la propreté.

II - TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT -

L'enfant est adressée pour énurésie et encoprésie
diurnes secondaires, apparues depuis l'entrée en classe.

L'encoprésie et l'énurésie disparaissent lorsque l'enfant est en vacances et apparaissent dès qu'elle reprend l'école. Depuis la rentrée de septembre, ils sont continus. "Elle le fait exprès" dit le Directeur de l'Assistance Publique. Par ailleurs, il existe des troubles du comportement survenant par périodes : elle devient amorphe, ne comprend pas ce qu'on lui dit, reste immobile pendant de longs moments sans rien faire, oublie les gestes appris (lacer ses chaussures...).

Elle ne supporte pas les contrariétés, reste à l'écart de ses camarades.

Très souvent la nourrice a constaté des attitudes de régression affective : l'enfant dit ne plus savoir manger, imite un enfant plus jeune gardé par la même nourrice, parle en "bébé". De plus, il existerait des manifestations caractérielles d'opposition, en particulier vis-à-vis de la scolarité. L'enfant serait capable de dissimulation.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le pédiatre (Dr ALISON)

Examen somatique normal,
Pas de troubles digestifs,
L'encoprésie et l'énurésie se manifestant à l'école ont disparu au début du séjour hospitalier,
Enfant anxieuse, peu détendue pendant l'examen.

2° - Examen pédagogique : la scolarité (Melle MANIERE)

Contrairement à ce que dit la nourrice, il ne semble pas y avoir de problèmes avec la maîtresse. Cette dernière trouve que le comportement de Rose a beaucoup changé depuis les dernières vacances de Noël et pense qu'un élément traumatisant a pu intervenir à ce moment-là.

Suit facilement en cours préparatoire car elle redouble.
Attentive et disciplinée en classe, considérée comme une bonne élève.

A la rentrée de janvier, on constate une nette régression : l'enfant a tout oublié, ne sachant plus compter les opérations seule, ne lisant plus, confondant lettres et sons, n'écrit même plus sur les lignes.

En classe, elle vit dans un cercle d'amies réduit, jouant toujours avec les mêmes, en particulier avec une autre petite fille de l'A. P., dominatrice, ayant une grande influence sur elle.

Les tests pédagogiques montrent un niveau de cours préparatoire moyen (un an de retard scolaire). Enfant difficile à connaître même sur le plan scolaire car elle offre peu de contacts, semble indifférente et insensible (mutisme complet au début). Elève qui inquiète surtout par son comportement.

3° Examen psychologique :		(	Q. I.
<u>Melle BORREAU</u>		)	Personnalité
<u>Q. I. évalué au WISC</u>	(	échelle verbale	96
	)	échelle de performance	91
	(	Ensemble	<u>93</u>

Contacts très difficiles à établir. Attitude passive, absence quasi totale de manifestations d'intérêt, extrême lenteur des réactions et des réponses verbales en particulier. Les encouragements sont inefficaces, par contre le mutisme cède devant la perspective d'une punition. Ce n'est que lorsque l'on aura abandonné toute apparence d'examen que l'enfant se détendra.

Personnalité : Fables de Duss)

Rorschach (

L'enfant se détend et se révèle capable de spontanéité lorsqu'on la prête à des activités ludiques de son choix. Imagination fertile, bavardage, complicité affective recherchée, font place à la distance recherchée lorsqu'une autre dimension intervient dans le mode relationnel.

Retard de maturation psychologique et affective. Forte sensorialité, réactions vives et intenses, avidité affective. Possibilité d'adaptation rendue encore plus difficile par le manque de contrôle émotionnel : anxiété. Risque de régression ou de fixation.

Dessins libres :

L'enfant dessine des éléments sécurisants et protecteurs : un père Noël, une crèche, des bonbons, une cheminée sur laquelle reposent des bougies : "je vais la découper et je vais me mettre dedans et puis je mettrai toutes les bougies aussi, j'aurais plus chaud". Toute la recherche de l'enfant est contenue dans ce dessin et son commentaire.

Insatisfaction affective.

Recherche de sécurisation.

4° - Examen psychiatrique :

- L'enfant âgée de 7 ans a été confiée à l'Assistance Publique (mère débile, père inconnu).
- Placée en nourrice à l'âge de 3 ans.
- La nourrice paraît soigneuse, s'occupant bien des enfants, mais peu affectueuse. L'enfant sait qu'elle est adoptée.

Abandon + climat affectif défavorable ----- carence affective.

- Enurésie,)
 - Encoprésie (régression infantile
 - Troubles du comportement)
- de type régressif.

(-----)
(Carence affective -----> régression)
(-----)

CONCLUSION

Il s'agit d'une enfant de 7 ans de quotient intellectuel à 93, née d'un père inconnu et d'une mère débile, abandonnée et confiée à l'Assistance Publique puis à une nourrice depuis l'âge de 2 ans. Elle présente depuis deux ans environ des troubles du comportement à type de régression infantile, une énurésie et une encoprésie survenant chaque année au mois de septembre à la rentrée des classes et se manifestant à l'école.

Actuellement l'enfant a 9 ans, elle n'a jamais été revue dans le service, mais nous apprenons par l'Assistance Publique que les troubles persistent. L'enfant est toujours énurétique, l'encoprésie persiste aussi mais sous une forme atténuée, l'enfant "commençant" seulement à faire ses matières dans un slip toujours mouillé. Les troubles sont uniquement diurnes. Elle présente des périodes d'encoprésie vraie mais cédant à la sévérité du père nourricier.

C'est une enfant passive, inhibée, restant à l'écart de ses camarades dont l'encoprésie, l'énurésie et les troubles du comportement sont l'expression d'une régression infantile secondaire à une carence affective. Aux tests projectifs l'enfant, sur un fond d'immaturité affective et d'anxiété, exprime une grande insatisfaction affective et une insécurité certaine.

Observation n° 4 - Albert F.

Enfant né le 26. 2. 1962 adressé dans le service de Clinique Médicale Infantile le 8. 7. 1967 (5 ans) pour énurésie et encoprésie.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

- Père âgé de 45 ans, commis de culture, éthylrique et épileptique.
- Mère âgée de 43 ans, sans profession, en bonne santé. Débile.

La famille vit dans des conditions déplorables : une seule pièce humide et peu ensoleillée.

2° - Antécédents collatéraux :

Un frère aîné âgé de 7 ans, débile mental placé en I. M. P.

3° - Antécédents personnels somatiques :

Enfant né à terme à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement a été normal, l'enfant a crié de suite. Nourri au lait maternel pendant plusieurs mois puis artificiel.

L'enfant a présenté des rhinopharyngites banales à 22 mois et à l'occasion d'un examen systématique est découverte une albuminurie. Une recherche d'albumine pratiquée un an après aurait été négative.

Le développement psycho-moteur est mal connu, la mère est très frustrée et incapable de répondre aux questions.

II - LES TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT -

L'enfant est adressé :

- pour un syndrome entéritique chronique : émission de selles molles fréquemment,
- une énurésie et une encoprésie : celles-ci ont disparu totalement en 48 heures dans le service. Cette disparition infirme plutôt l'hypothèse de

de carence éducative à laquelle on aurait pu penser étant donné le contexte familial. Il existe aussi un problème psychologique.

Carence éducative + problème affectif

La mère s'occupe de l'enfant comme "d'un animal" dit le médecin-traitant et a négligé toute éducation. Il n'y a aucun climat affectif dans la famille. L'encoprésie qui avait totalement régressé durant le séjour hospitalier est réapparue à la maison. Puis petit-à-petit, elle a disparu, des périodes de propreté alternant avec des périodes d'encoprésie. Le médecin-traitant a jugé souhaitable étant donné le contexte familial, d'envoyer l'enfant en aérarium dans les Alpes pendant six mois. A son retour, enfant transformé, épanoui et gentil.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : absolument normal

Urographie intra-veineuse normale

Electroencéphalogramme normal

2° - Examen psychologique :

Q. I. évalué au Terman-Merrill : 75

donc débile léger.

L'examen de la personnalité n'a pu être réalisé en raison du jeune âge de l'enfant et de son niveau intellectuel. Au cours de l'examen, Albert apparaît comme un enfant gentil mais très inhibé.

CONCLUSION

- - - -

Albert F. est un enfant âgé de 5 ans, présentant une énurésie et une encoprésie primaires. Les troubles ont disparu après un séjour hospitalier.

Albert est un enfant passif, inhibé, immature affectif.

L'encoprésie et l'énurésie sont secondaires à :

- une carence éducative, la mère ayant négligé tout apprentissage.
- une carence affective ; le milieu familial est frustré, le père est un éthylique épileptique, la mère s'occupe très peu des enfants.

Les troubles témoignent d'une fixation au stade anal.

Observation n° 5 - Marcelle C. (8 ans)

Enfant née le 18. 12. 1960 adressée à la consultation de Neuro-Psychiatrie Infantile à l'Hôpital (5 ans 2 mois) pour énurésie et encoprésie, par l'institutrice de l'école et l'assistante sociale. Accompagnée par sa grand-mère maternelle. Cette enfant sera suivie à la consultation de 1966 à 1968.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Le père âgé de 31 ans est accidenté du travail et pensionné (amputation du bras droit). Autrefois, il exerçait la profession de tourneur sur métaux.

La mère âgée de 32 ans a abandonné le domicile conjugal depuis 1963 (l'enfant avait 3 ans). S'agit-il d'une malade mentale ou d'une débile ? Il semble qu'elle ne donnait pas aux enfants les soins appropriés, les abandonnant dans l'obscurité et la saleté. Divorce prononcé le 12. 11. 63.

Les grands-parents paternels s'occupent de l'enfant et de ses deux soeurs. La grand-mère diabétique ^set soignée régulièrement. Hospitalisée pour coma diabétique, elle quitte le service sur décharge. Grand-mère paternelle remariée.

2° - Antécédents collatéraux :

Deuxième de trois filles.

- Rosie née le 16. 6. 1959,
- Marie-Christine née le 2. 6. 1962,

qui ne semblent pas poser de problème particulier.

3° - Antécédents personnels :

- Somatiques : née au terme de 9 mois à la suite d'une grossesse normale. Accouchement normal, l'enfant a crié de suite et n'a pas été réanimé. Allaitement artificiel ; il ne semble pas y avoir eu de problèmes alimentaires

Maladies banales de l'enfance : rougeole, coqueluche, enfant nerveuse. L'enfant a été opérée de la voûte palatine (re-

tard de langage liée à cette intervention ?).

Premiers pas à 2 ans et demi. Premiers mots très tard s'inscrivant plutôt dans le cadre d'un retard généralisé du développement psychomoteur.

Enurésie, encoprésie.

L'appétit est médiocre. Le sommeil est bon.

II - LA SITUATION FAMILIALE ACTUELLE -

L'enfant est élevée depuis trois ans par sa grand-mère paternelle ainsi que ses deux soeurs. Celle-ci est remariée avec un retraité S. N. C. F. ayant repris un travail à la Manufacture des Tabacs. L'enfant a été confiée à sa grand'mère en 1963 alors qu'elle était âgée de 3 ans, à la suite du divorce de ses parents. La mère a abandonné le domicile conjugal et ne demande pas de nouvelles de ses enfants. Le père, accidenté du travail -amputé du bras droit- ne peut s'en occuper. Il s'agirait d'un éthylique.

La fillette a 5 ans 2 mois, elle fréquente l'école maternelle. Elle est gentille à la maison, jouant volontiers, mais aux dires de la grand-mère elle serait très sale, suçant et mangeant n'importe quoi. Montrée à la consultation pour l'énurésie et l'encoprésie. Aspect de débilité qui ne sera pas confirmé par les tests.

III - BILAN PSYCHOLOGIQUE - (Mlle TRIOLAIRE).

Tests de niveau pratiqués en 1966. Au Terman-Merrill, le quotient est à 81 et vraisemblablement sous-estimé en raison des difficultés de verbalisation. Grande dispersion de réussites ce qui est contre le diagnostic de débilité. Le langage est difficilement compréhensible car outre les défauts de prononciation et l'utilisation d'un vocabulaire "bébé", il est très mal structuré. L'enfant utilise beaucoup plus volontiers le "mot-phrase" qu'une vraie phrase. Le vocabulaire de l'enfant est limité (2 ans et demi). Elle l'utilise peu et mal.

La compréhension est bonne : l'enfant comprend et exécute parfaitement les ordres. La motricité est bonne mais le graphisme est lourd, tendu et mal élaboré.

La latéralité est ambivalente : utilise tantôt l'une ou l'autre main avec une certaine préférence pour la main gauche.

Attitude : très docile à l'examen, d'abord un peu timide, elle se détend rapidement et participe très activement, s'exprimant volontiers. Très instable, mais se montre capable de mobiliser son attention pour des efforts brefs mais assez intenses. Toutefois très fatigable, elle a besoin d'être sollicitée de manière permanente.

Pendant l'examen, le comportement est assez régressif : suce sa main, porte ses vêtements à la bouche. Recherche constamment le contact, essaie d'attirer la sollicitude de l'examineur.

Problèmes affectifs ++

EN 1967

En 1967, l'enfant est revue le 31 mai, elle est âgée alors de 6 ans et demi, pour énurésie et encoprésie. L'enfant est placée à Mont-Doré : établissement pour énurétiques.

EN 1968

- le 10. 4. 1968 : enfant de 7 ans 5 mois, actuellement en classe de perfectionnement, adressée par le médecin-scolaire car l'école ne veut plus le garder et réclame un établissement spécialisé. L'énurésie a diminué au retour de Mont-Doré, mais est réapparue actuellement. L'encoprésie se répète si souvent que le maintien dans une classe normale se révèle impossible. Un placement en institut psychothérapique est envisagé.

- le 14. 12. 1968 : Marcelle est admise dans une maison spécialisée. Depuis une quinzaine de jours, aucune manifestation encopré-sique n'a été constatée ; par contre, il existe une énurésie nocturne fréquente et une énurésie diurne une à deux fois par jour.

EXAMEN DE L'ENFANT :

Marcelle a 8 ans, elle est porteuse d'une fissure de la voûte palatine opérée en bas âge et n'ayant pas fait l'objet d'une rééducation orthophonique.

Motricité : retard moteur avec troubles spatio-temporels.

Latéralité : gaucherie.

Le quotient intellectuel exploré au Terman-Merrill donne un résultat à 68.

Age mental : 5 ans et demi,

Age réel : 8 ans.

Il existe donc une débilité mais aggravée par une instabilité anxieuse extrêmement importante avec un contact et une attention assez fragmentaires, une activité peu organisée, une très mauvaise structuration dans la réalité.

La personnalité : A travers le jeu et les éléments projectifs, on note des confusions ou non différenciation des images adultes, des conflits sur le plan oral, l'enfant ayant probablement subi des frustrations sur ce plan : elle rêve d'ailleurs de nourriture. Le jeu est assez inhibé, peu élaboré, près des fantasmes.

Les tests projectifs (Patte-Noire) -dessins- sont difficiles à réaliser en raison de la débilité de l'enfant. Elle ne peut s'exprimer que de façon fragmentaire à travers des tests verbaux et le jeu est assez pauvre. Cependant, on peut noter les résultats suivants :

- non structuration spontanée de la famille, il y a des "gros" et des "petis" sans plus.

- annulation de l'oralité : les tétées ne sont pas perçues.

- anxiété manifeste devant certaines situations : "être prise, être vue", se cache derrière la mère.

- au jeu : accouplements d'animaux, fantasmes de scène primitive très peu déguisés "monter sur le dos du papa, lui faire des chatouilles. Les animaux se montent tous dessus".

CONCLUSION

Enfant de 8 ans, suivie à la consultation de Neuro-Psychiatrie Infantile de l'Hôpital depuis l'âge de 5 ans pour énurésie et encoprésie. Marcelle a été confiée, ainsi que ses deux soeurs, à la garde de la grand-mère paternelle à l'âge de 3 ans, ses parents ayant divorcé. La mère débile ne s'occupait pas des enfants et a abandonné le domicile conjugal ; le père, éthylique, pensionné à la suite d'un accident du travail, voit les enfants épisodiquement.

L'encoprésie et l'énurésie s'inscrivent dans le cadre :

- d'un retard psychomoteur global : marche tardive, troubles de la structuration spatiale, retard de langage (fissure palatine opérée), débilité avec quotient intellectuel aux environs de 70.
- d'un retard affectif, avec comportement de "bébé", fixation à des satisfactions orales (rêve de nourriture, mange n'importe quoi) et anales. Cette fixation est secondaire à une carence affective grave, la mère ne s'étant pas occupé des enfants.
- d'une carence éducative avec négligence de l'éducation de la propreté.
- des traits de caractère anal : aime les jeux sales.

Marcelle est placée depuis une quinzaine de jours dans un institut psychothérapique. L'encoprésie a disparu mais l'énurésie demeure, nocturne et diurne.

Observation n° 6 - Dominique P.

Garçon né le 11. 2. 1955 amené à la consultation du C.P.M.P. sur les conseils de son médecin traitant pour : encoprésie et énurésie survenant à l'école, difficultés scolaires (indiscipline, inadaptation).

L'étude de cet enfant est particulièrement intéressante car il sera vu de nouveau en 1968 pour d'autres motifs, et on pourra ainsi connaître l'évolution de l'encoprésie et des autres troubles ; en particulier, y-a-t-il eu ou non évolution vers un état névrotique ?

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Le père est âgé de 54 ans, ouvrier agricole, sans antécédents pathologiques notables.

La mère âgée de 38 ans est femme de ménage, elle paraît très nerveuse mais n'a jamais été soignée.

Les grands-parents sont décédés, hormis une grand-mère maternelle qui serait très nerveuse. Il existe donc des antécédents certains de nervosité du côté maternel.

2° - Antécédents collatéraux :

Dominique a une sœur de 14 ans, Jocelyne, actuellement en fin d'études primaires. Elle est présentée par la mère comme une enfant difficile, pénible, faisant beaucoup de sottises. Aurait été "méchante" jusqu'à la puberté mais gentille depuis un an.

3° - Antécédents personnels somatiques :

- Dominique est né prématuré, au terme de 8 mois huit jours, au poids de 3,300 kg mais cyanosé. Vomissements pendant la grossesse.

- Allaitement artificiel d'emblée ; pas de difficultés alimentaires dans la petite enfance.

- L'enfant a présenté les maladies infectieuses banales de l'enfance : rougeole, coqueluche et de nombreuses angines. Adénoïdectomie et amygdalectomie. Nombreux petits accidents à l'école.

- le développement psycho-moteur a été normal : première dent à 4 mois, marche à 14 mois, mots à 12 mois, phrases à 2 ans.

- propreté acquise le jour à 18 mois, la nuit à 2 ans.
Education sphinctérienne non connue.

- apparition d'une énurésie et d'une encoprésie dirune à l'école, l'enfant se salissant environ une fois par jour. L'encoprésie persiste jusqu'en 1967 c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 12 ans, se manifestant de façon constante à l'école.

4° - Antécédents psychologiques - Placements extra-familiaux - événements traumatisants :

Il ne semble pas y avoir eu de problèmes particuliers avant l'entrée à l'école de Dominique.

L'opposition à l'école s'est manifestée par l'énurésie et l'encoprésie et actuellement les troubles s'aggravent. L'enfant aurait été affectueux et gentil jusqu'à l'an dernier, agité mais très supportable.

II - EVOLUTION ACTUELLE - Troubles décrits par les parents. Situation familiale et scolaire

1° - Les troubles présentés par l'enfant :

L'enfant est adressé pour énurésie, encoprésie et instabilité psychomotrice se manifestant en classe.

a) A la maison : Depuis un an devient beaucoup plus difficile et ne supporte plus aucune observation depuis trois mois. L'enfant devient indifférent sur le plan affectif, craintif, se sauvant parce qu'il a peur d'être battu.

Très opposant envers ses parents qu'il traite comme des étrangers.

Manifestations impulsives : devient brusquement méchant, rentre dans les murs avec un tabouret, aime les armes et fait semblant de tirer sans cesse.

Le sommeil est perturbé depuis la rentrée des classes et redevient normal pendant les jours de congé.

Les repas sont continuellement perturbés par l'instabilité de l'enfant.

b) A l'école : la mère estime que tous les troubles sont la conséquence de l'ambiance scolaire. Sa description est tellement caricaturale et excessive qu'on se pose le problème d'une évolution paranoïaque.

A travers ses dires, l'enfant apparaît comme persécuté par la maîtresse, le directeur et ses propres camarades.

L'encoprésie serait due au fait que le Directeur et les enfants empêcheraient Dominique d'aller aux W.C. L'enfant serait battu par tout le monde, griffé, servant de bouc-émissaire à toute l'école, (elle présente des certificats médicaux à l'appui).

La maîtresse mère de six enfants, doit quitter son poste cette année. Elle serait très nerveuse, ne supportant rien ce qui aurait entraîné des plaintes de la part des parents. Elle n'aime pas Dominique, dit la mère. Elle l'a placé au fond de la classe. Elle dévalorise l'enfant : "si tu ne fais rien, on fera de toi un ouvrier de culture... !" (c'est la profession du père). Elle ne lui ferait plus réciter ses leçons et le battrait fréquemment. Une enquête permet de montrer que les sévices sont exacts.

Tous les troubles sont apparus depuis l'entrée à l'école :

- encoprésie,
- énurésie,
- instabilité ++
- opposition avec agressivité,
- crainte avec réaction de fuite,
- prend une attitude de "bête traquée",
- début de bégaiement.

2° - Les relations familiales :

Le foyer vit modestement mais décemment dans un appartement de type F4 ; l'enfant a sa chambre. La famille se serait privée de tout pour acheter cet appartement : "véritable calvaire" dit la mère.

a) relations mère-enfant : la mère est très nerveuse, ne supportant pas les contrariétés au cours desquelles elle perd la mémoire et ne trouve plus ses mots. Elle dit s'être beaucoup occupée de l'enfant, mais depuis un an il a changé d'attitude envers elle la considérant comme une étrangère, lui désobéissant sans cesse.

La mère est très punitive, fouettant quotidiennement l'enfant. Celui-ci réagit en prenant des airs de "bête traquée", se cache, se sauve, ou bien résiste à la mère dans une attitude d'opposition "me regarde comme s'il me portait de la haine". La mère s'étonne beaucoup que l'enfant ne pleure plus lorsqu'elle le frappe. Elle est très sévère avec ses enfants. Depuis deux mois, Dominique ne sort plus le soir car il est puni par sa mère. Elle pense que l'enfant a perdu confiance en tout le monde.

b) relation père-enfant : le père est frustré, mais calme et gentil, dominé par sa femme. Il n'est pas souvent à la maison, mais lorsqu'il bat Dominique, celui-ci lui en voudrait moins qu'à sa mère.

En conclusion, milieu familial caractérisé par la dominance maternelle, très punitive, employant fréquemment les corrections manuelles, fessées (++). L'enfant cache ses notes scolaires car il a peur d'être battu.

c) relations soeur-enfant : Dominique se dispute souvent avec sa soeur, en particulier lorsqu'elle l'aide à faire ses dessins. Il supporte mal les observations, sa soeur le gifle s'il fait des sageries.

d) les loisirs de l'enfant : Autrefois, l'enfant allait le jeudi au patronage mais la mère l'a interdit car il y retrouvait de "mauvais camarades". Le dimanche : promenades en famille ; ni cinéma, ni télévision. En colonie, l'enfant est agité, instable mais gentil. Il participe aux jeux.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le point de vue du pédiatre (Dr M. STERLIN)

Prématuré de 8 mois 8 jours pesant 3,200 kg à la naissance.

Maladies infectieuses banales.

Développement psycho-moteur normal

(Enurésie

) Encoprésie

Examen somatique normal

Instabilité psychomotrice,

Difficultés à fixer son attention

Indifférent vis-à-vis des parents,

Craintif, ne parle plus.

2° - Examen pédagogique : la scolarité (Mr MILLET)

D'après la mère, tous les troubles sont apparus à l'entrée en classe. L'enfant serait persécuté par tout le monde.

Est actuellement en CE2.

Les connaissances scolaires sont mauvaises. La compréhension est normale mais l'enfant fait souvent répéter les questions sans doute par manque d'attention.

La mémoire est faible.

3° - Examen psychologique : Mr PAULIEN

(- Q. I.

) - Latéralité

(- Langage

<u>Q. I. évalué au WISC</u>	(échelle verbale	84
	) échelle de performance	72
	(Ensemble	<u>76</u>

Durant le test, l'enfant est très agité, se mord les doigts, agite les bras, tourne les morceaux de construction dans tous les sens. Il hésite pour répondre et paraît manquer de confiance en soi. Signes d'inquiétude, parle continuellement pendant les épreuves de performance : de ce fait, on pense que les résultats sont faussés et que le niveau est supérieur.

Latéralité : Médiocre orientation temporo-spatiale avec difficultés de structuration.

4° - Examen psychiatrique : le point de vue du psychiatre

(Dr DIEBOLD)

L'enfant est souriant, le contact est immédiat, presque trop immédiat. Il raconte son histoire sans se faire prier, d'une traite. Lorsqu'on lui demande la nature des cicatrices qu'il porte sur le bras, il dit qu'il s'agit de griffures de sa maîtresse.

Il désire changer d'école.

Trouve que son père frappe fort.

Joue avec ses camarades à la guerre, aux pistolets.

Enfant ayant tendance à se croire persécuté. Fond de mythomanie ?

En somme, cet enfant présente des troubles importants du comportement avec agressivité, opposition, énurésie et encoprésie. Les troubles semblent avant tout en relation avec la situation scolaire. Mais ils paraissent déjà fortement structurés sous une forme phobique.

On propose donc :

- * une prise en charge psychothérapique,
- * un traitement médicamenteux,
- * un changement d'école,
- * une rééducation du calcul qui aura l'ambition de conditionner plus favorablement l'enfant à l'égard des activités scolaires.

Evolution - L'enfant est venu régulièrement aux vingt premières séances de rééducation, puis brusquement, la mère a cessé de l'amener malgré l'insistance des éducateurs et les convocations successives. Elle donne à ce refus des raisons financières. En fait, elle est très opposée à toute tentative dans ce sens car elle ne se sent pas impliquée dans le traitement.

L'enfant ne sera pas revue avant 1968, lorsque, la situation s'étant dégradée, la mère éprouve le besoin de demander de nouveau une aide. Durant cette période, la scolarité s'est poursuivie tant bien que mal, l'enfant a redoublé le CE2 dans une autre école et vient d'entrer en 6e au lycée à la suite d'un examen.

En 1968, l'enfant est ramené au C.P.M.P. par sa mère. Il a 13 ans, il est entré en 6e au lycée Carnot à la suite d'un examen d'admission. L'enfant est adressé pour des difficultés scolaires survenant en particulier avec les professeurs de sexe féminin (problème mère-enfant ?). Il est instable, inadapté. L'enfant n'a pas été revu au Centre depuis 4 ans, la mère ayant interrompu la rééducation.

Les troubles présentés par l'enfant :

Les troubles du comportement sont maximum à l'école. La mère a été convoquée par le Surveillant Général car son fils est considéré comme un "petit fou" qui ne peut vivre dans une société scolaire. Actuellement il refuse tout travail de français, ce qui entraîne des punitions maternelles sévères.

L'encoprésie persiste à l'école, obligeant un changement journalier du slip.

L'énurésie nocturne a disparu, l'enfant se levant la nuit, par contre il existe une énurésie diurne un jour sur deux.

L'enfant a un gros appétit : boulimie de compensation, il se cache pour manger du sucre.

Il présente des troubles du sommeil en relation avec les difficultés scolaires. Par ailleurs, apparition de tics et bégaiement.

Enfin, récemment, Dominique s'est rendu coupable de petits vols de confiserie à l'épicerie, ceci ayant entraîné de sévères punitions maternelles.

L'enfant reste très opposant envers sa mère qui est exaspérée à son égard.

Il serait grossier, adoptant des "regards obscènes" et de "vilaines attitudes".

La constellation familiale en 1968 -

La mère a 42 ans. Elle est en opposition permanente avec l'enfant, exaspérée, très punitive. Elle est très agressive avec Dominique qu'elle identifie à son mari. Elle critique continuellement ses enfants et est en mauvais termes avec sa fille de 18 ans. Elle dit vouloir choyer ses enfants : en fait, elle persécute son fils par un véritable sadisme maternel. Actuellement elle paraît paniquée et désespérée.

Le père a 58 ans, dominé et dévalorisé par sa femme.
Fruste, débile, il est brutal avec l'enfant.

EXAMEN DE L'ENFANT EN 1968 -

1° - Examen somatique : le pédiatre (Pr ALISON)

- examen somatique normal. E. E. G. normal
- tics (++)
- énurésie) miction normale
- encoprésie (U. I. V. normale
- gros troubles du sommeil.

2° - Examen pédagogique : la scolarité (1968)

L'enfant est en 6e au Lycée Carnot, après avoir réussi l'examen d'entrée. Au lycée l'enfant est considéré comme un "petit fou" et un inadapté scolaire. Il aurait des difficultés particulières en français et avec les professeurs du sexe féminin. Il pense à jouer, à se distraire, turbulent, taquin.

Le niveau pédagogique donne les résultats suivants :

- lecture,)
- français (niveau CM2
- calcul)

3° - Examen psychologique : (Q. I.
Mr PAULIEN) Latéralité
(Langage

Q. I. évalué au WISC (échelle verbale 93
) échelle de performance 95
(Ensemble 93

Donc résultats bien meilleurs qu'en 1964 où le test avait été faussé par l'instabilité et l'inquiétude de l'enfant.

Latéralité : Ambidextrie manuelle avec prévalence droite

- (main droite
-) oeil droit
- (pied droit.

4° - Examen psychiatrique : le point de vue du psychiatre

(Dr LEVICHEBAT)

Les deux parents sont présents à l'entrevue, mais le père ne parlera qu'une fois, frustré, très dévalorisé, paraissant débile. La mère est l'élément dominant, elle parle seule, logorrhéique et excitée. Elle se veut supérieure à son époux, paraît agressive et revendicatrice.

Elle reconnaît qu'elle s'est montrée très sévère avec les enfants (sa fille lui reproche beaucoup aujourd'hui). "Ils ont été élevés sur les nerfs" dit-elle.

Les parents sont très punitifs avec l'enfant ce qui le terrorise. "Il faut le visser", la mère identifie l'enfant au mari : "il est comme toi, il n'est pas très ouvert". Il répond d'un ton bourru "tais-toi" ; ce seront les seules paroles qu'il prononcera.

Les parents se montrent désarmés par la désobéissance de l'enfant qui est très opposant avec eux : "refuse de nous embrasser pendant 8 jours".

L'enfant dissimule ses punitions scolaires car elles entraînent des sanctions à la maison : lignes à copier, sévices corporels. Au lycée il se montre très dissipé et anxieux s'il est puni, car il appréhende le retour à la maison. "Il ne travaille pas" dit la mère. L'enfant est l'objet de punitions corporelles très fréquentes : "Il nous demande pardon même si on le laisse sur le carreau", et pourtant ils ont été choyés. "Vous pensez, j'allais les border dans leur lit". Carence affective ++ et rigidité : milieu familial très pathogène.

Dominique paraît très asthénique avec des cernes sous les yeux. Sommeil agité avec cauchemars. Nombreux tics. L'enfant fait état de mesures punitives considérables de la part du père qui apparaît brutal et violent : sévices corporels, privation de nourriture (on l'envoie se coucher sans souper). Très anxieux et terrorisé par ses parents. Mécontent avec sa soeur. L'enfant parle volontiers et spontanément. Ambivalent à l'égard de sa mère : opposant et très attaché à elle. Boulimie de compensation affective.

En conclusion : enfant frustré sur le plan affectif, ne pouvant s'épanouir entre un père débile, brutal, et une mère névrotique.

5° - Etude de la personnalité :

Rozenzweig :

Comportement caractérisé par la conformité au groupe et par une forte tendance à buter sur l'obstacle. Dominique manifeste un réel souci d'adaptation mais la tension avec le milieu familial est trop importante pour qu'il puisse trouver un équilibre à la frustration occasionnée par une carence affective maternelle.

Il répond par une agressivité intense à la pression éducative maternelle, et également par une forte tendance au blocage du Moi, inhibant ses besoins. Cette attitude favorise la rêverie et la distraction et le rend peu disponible pour les activités scolaires. Tendance aux sentiments de culpabilité et d'infériorité.

Pickford :

Ecole valorisée par le milieu familial. L'enfant manifeste beaucoup de bonne volonté mais déçoit par suite de moyens limités. Les résultats scolaires sont conditionnés par la forte instabilité émotionnelle et la relation perturbée avec les professeurs féminins identifiés à la mère.

L'image maternelle est extrêmement castratrice et peu gratifiante. Relation ambivalente : il manifeste le désir d'une présence maternelle et la craint à la fois. On ne relève aucune identification paternelle.

Rorschach :

La productivité est très inhibée. Les nombreux chocs traduisent une vive anxiété et une névrotisation du comportement par suite d'un refoulement manqué : on note cependant un effort d'adaptation permettant d'envisager un pronostic favorable.

- Image maternelle castratrice
peu gratifiante
sadisme maternel
punitions
carence affective ++
- Père dévalorisé et
brutal

Evolution névrotique ?

réaction de puissance

indifférence vraie ou feinte aux
exigences maternelles

blocage - évasion

agressivité extra-punitive réactionnelle à la pression éducative

sentiments d'infériorité,
culpabilité

régression sur un mode anal
encoprésie

anxiété

CONCLUSION

- - - -

Enfant de 13 ans, examiné une première fois en 1964 pour les mêmes troubles qu'actuellement, le traitement conseillé n'ayant pas été suivi (rééducation et psychothérapie).

Le milieu familial est très pathogène :

- la mère est agressive, sèche, dévalorisante envers le père et l'enfant qu'elle lui identifie, extrêmement punitive, accusant le personnel de l'école de martyriser l'enfant. En fait, véritable sadisme maternel.
- le père est fruste, débile, dévalorisé, mais lui aussi brutal et punitif.
- Dominique est le cadet (une soeur de 5 ans plus âgée avec laquelle il ne s'entend pas). Présente depuis son entrée à l'école, c'est-à-dire depuis six ans, des troubles graves du comportement.

- * encoprésie,
- * énurésie diurne,
- * instabilité psycho-motrice avec difficultés scolaires importantes,
- * serait persécuté, dévalorisé à l'école,
- * opposition avec agressivité vis-à-vis des parents,
- * anxieux, inquiet, terrorisé par la peur des punitions parentales,
- * tics et bégaiement,
- * troubles du sommeil : cauchemars,
- * petits larcins.

Les troubles se sont installés à la suite d'une carence affective grave à laquelle l'enfant répond par une agressivité secondairement culpabilisée. Cette situation entraîne une angoisse très importante et une régression sur le mode anal. Enfant névrotique.

- traitement proposé et très difficilement accepté : placement accepté : placement en institut spécialisé psychothérapique.

Evolution actuelle -

L'enfant est placé depuis trois mois en institut psychothérapique, dans lequel il sera intégré à une psychothérapie de groupe. Le rapport de ce Centre permet de dégager les éléments suivants :

- sur le plan de l'évolution psychologique, la capacité à surmonter les difficultés et la possibilité de relation restent médiocres, l'acceptation des règles est moyenne ainsi que le contact avec l'adulte, l'affirmation personnelle est bonne.

- l'adaptation au groupe est moyenne mais l'enfant n'y a pas trouvé sa place. La propreté est normale.

- sur le plan pédagogique les résultats restent médiocres, l'intérêt pour l'avenir est mauvais. Ainsi, la scolarité ne peut être envisagée qu'à travers l'aspect thérapeutique et l'apprentissage comme "ergothérapie".

- le comportement est normalisé et les aptitudes de l'enfant permettent d'envisager une bonne évolution.

Enfant né le 9. 4. 1962 adressé le 26. 3. 1968 (6 ans)
en Clinique Médicale Infantile pour troubles caractériels, encoprésie et énu-
résie.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Père âgé de 33 ans, monteur en tuyaux à l'usine
Solvay, nerveux, impulsif.

Mère, sans profession (en fait prostituée).

2° - Antécédents collatéraux :

Claude est le deuxième de quatre, comprenant :

Patrick né le 31. 3. 1961

Claude né le 9. 4. 1962

Isabelle née le 17. 7. 1963

Christophe né le 20. 9. 1965.

Toute la famille vit dans une caravane, les enfants
ayant une chambre séparée avec lits superposés.

3° - Antécédents personnels somatiques :

Enfant prématuré, né au terme de 7 mois, pesant
2,200 kg, un peu cyanosé à la naissance.

Elevé en couveuse pendant deux mois et demi, allaitement artificiel.

Maladies de l'enfance banales.

Développement psychomoteur normal, marche à 14 mois,
mais retard important dans l'acquisition du langage. L'éducation sphinctérienne est entreprise à l'âge d'un an et de manière peu sévère : plusieurs mises sur le pot par jour, mais sans résultat, l'enfant n'ayant jamais été vraiment Propre.

4° - Antécédents psychologiques : placements.

L'enfant a été placé souvent chez ses grands-parents
paternels pendant une durée de 15 jours à un mois. Claude est très attaché à
cette grand-mère chez laquelle d'ailleurs, l'encoprésie n'apparaît pas.

II - TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT - CONTEXTE FAMILIAL -

1° - Les troubles présentés par l'enfant :

Encoprésie primaire diurne et nocturne mais à prédominance nocturne. La mère réagit violemment contre les troubles de l'enfant sous forme de punitions corporelles.

Enurésie primaire diurne et nocturne.

Boulimie : vole le goûter des autres enfants à l'école, mange beaucoup à la maison.

Instabilité psychomotrice très importante.

Inadaptation scolaire par suite de l'instabilité.

2° - Le contexte familial :

Celui-ci est très perturbant. La mère délaisse totalement ses enfants durant toute la journée pendant qu'elle se prostitue. Est extrêmement rejetante vis-à-vis de Claude qu'elle considère comme fou et veut le placer en Hôpital Psychiatrique.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le pédiatre

Prématuré. Examen somatique normal, mais retard staturo-pondéral harmonieux (-9 %) qui n'est sous-tendu par aucun trouble biologique. La petite taille de l'enfant est d'origine héréditaire, les parents eux-mêmes très petits.

Electroencéphalogramme normal.

2° - Examen pédagogique :

Enfant instable, relevant d'une classe de perfectionnement.

3° - Examen psychologique :

Le quotient intellectuel évalué au Terman-Merrill est à 70, il s'agit donc d'un débile léger.

Tests projectifs : Patte Noire

- Impulsivité ++
- Réactions d'avidité affective,
- Réponses extrêmement infantiles, donne des réponses d'un enfant de 4 ans : fixation infantile.

EVOLUTION -

L'enfant est vu de nouveau quelques mois plus tard. Depuis son séjour à l'Hôpital, l'encoprésie a disparu mais il persiste une énurésie nocturne. L'instabilité psychomotrice est extrêmement importante tant à la maison qu'à l'école.

Sur le plan pédagogique, l'enfant relevait d'une classe de perfectionnement qui a été refusée par la mère pour des raisons pratiques. L'enfant est donc dans une classe normale dans laquelle il est totalement inadapté en raison, d'une part de son niveau intellectuel, d'autre part de son instabilité psychomotrice.: le maître doit garder l'enfant près de son bureau pour parvenir à capter son attention. Il n'y a eu aucune acquisition depuis la rentrée scolaire.

Sur le plan psychologique : labilité émotionnelle :
Claude passe du rire aux larmes assez souvent ; inquiet, il réclame sa mère, demande qu'on lui téléphone, veut partir, pleure, puis il se laisse distraire momentanément par l'activité en cours à laquelle il apporte intérêt, application et bonne humeur. Ses dessins sont bien meilleurs que ceux effectués lors de l'examen précédent. Sa maison est structurée, bien orientée dans l'espace. Son bonhomme est assez bon, compte-tenu des aptitudes intellectuelles (peut-être un peu sous-estimées). Le langage est encore incomplètement structuré mais cependant compréhensible. Claude commence par se réjouir lorsqu'on lui donne les images du "Patte Noire", enthousiaste, il en décrit quelques unes, puis se lasse, parcourt le bureau, cherche une autre activité, range les images ; plusieurs tentatives pour les lui faire reprendre sont vaines, Claude nous dit que "c'est tout beau" mais que c'est fini.

En définitive, instable, présentant une labilité émotionnelle, cherchant le contact affectif, gentil, rempli de bonne volonté mais n'allant pas jusqu'au bout de ce qu'il entreprend.

Sur le plan psychiatrique : la mère de Claude est une femme volubile, tonique, excitée, négligeant ses enfants du moins sur le plan matériel car elle les laisse seuls à la maison. Elle refuse tout effort personnel pour améliorer l'état de son fils et souhaite le placer dans une institution spécialisée.

L'enfant est extrêmement instable, ne tient pas en place, présente des troubles de l'articulation. Il est inquiet, anxieux, pleure, réclame sa mère dont il paraît extrêmement dépendant.

Cependant les tests projectifs montrent une nette amélioration sur le plan affectif par rapport à ceux pratiqués il y a huit mois.

Claude se présente essentiellement comme un immature affectif ayant présenté une fixation infantile au stade anal expliquant l'encoprésie. Actuellement, l'enfant est en voie d'amélioration. Le pronostic paraît bon sur le plan psychologique ; il faudra par contre envisager une solution scolaire adéquate et éventuellement une rééducation du langage.

CONCLUSION

- - - -

Enfant de 7 ans examiné pour la première fois il y a un an pour des troubles caractériels avec énurésie et encoprésie primaire. Le contexte familial est défavorable : la mère s'occupe peu de ses enfants et voudrait placer Claude ; de plus, elle est punitive et il existe des problèmes conjugaux.

L'enfant est vu de nouveau récemment. L'encoprésie a disparu à la suite du premier séjour hospitalier mais il persiste une énurésie nocturne. La mère paraît moins rejetante, l'enfant est nettement amélioré, moins infantile. Cependant, il présente instabilité psychomotrice interdisant le maintien dans une classe normale.

Claude est un enfant immature affectif, dépendant de sa mère, et dont l'encoprésie apparaît comme la conséquence d'une fixation au stade anal. Cette fixation est secondaire à la carence affective maternelle.

Enfant né le 10 Juin 1960 hospitalisé en Clinique Médicale Infantile le 24. 4. 1967 pour énurésie et encoprésie d'apparition récente.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Père en bonne santé,

Mère également en bonne santé mais nerveuse. Primo-infection en 1959, asthme.

Les parents d'Alain sont divorcés, l'enfant n'a pas connu son père. La mère est remariée.

2° - Antécédents collatéraux :

- enfant unique d'un premier mariage.

- mère remariée, a deux filles de son second mari :

Isabelle née le 11. 8. 1964

Patricia née le 6. 10. 1966.

3° - Antécédents personnels somatiques :

Grossesse mal acceptée, la mère n'étant pas mariée. Accouchement long après version par manoeuvres externes et piqûres. Bon état de l'enfant à la naissance.

Allaitement artificiel d'emblée.

Maladies : Angines, rhumes et bronchites. Eczéma à l'âge d'un an. Convulsions au même âge. Aurait eu des crises de nerfs : se roulait par terre.

Développement psycho-moteur un peu lent, a marché à 18 mois. Dentition normale. Aurait commencé à parler à 2 ans. Propreté acquise normalement.

4° - Antécédents personnels psychologiques :

Placements extra-familiaux -

Jusqu'à l'âge de deux mois, l'enfant reste à la maison maternelle d'Ahuy avec sa mère.

De 2 mois à un an est gardé par sa grand'mère paternelle à Pont-de-Pany ; la mère travaillait dans un restaurant en face et pouvait voir son enfant tous les jours. La grand'mère a fait alors une "attaque de paralysie" et a dû cesser de s'occuper de l'enfant.

Placé quelques jours au dépôt de l'Assistance Publique, puis confié à une grand tante paternelle de 1 an à 6 mois (1961 à 1966) Cette nourrice est âgée de 40 ans, gardant aussi deux pupilles de l'A. P. et sa dernière fille de 13 ans. Le comportement de l'enfant était normal chez cette nourrice.

Repris par sa mère en 1966 (l'enfant a six ans) après qu'elle ait arrêté son travail et que son mari ait reconnu l'enfant.

Donc placements extra-familiaux multiples, continus depuis la naissance de l'enfant, la mère ayant divorcé rapidement.

II - LES TROUBLES ACTUELS :

1°- L'enfant est hospitalisé pour l'apparition récente d'une énurésie et d'une encoprésie secondaires, la propreté ayant été acquise normalement.

L'enfant a été repris par sa mère il y a un an, alors qu'elle ne l'avait jamais eu auparavant. Il a trouvé au foyer son beau-père et une demi-soeur de 2 ans : Elisabeth, la mère est enceinte de Patricia.

Jusqu'au 14 Juillet la belle-mère et une belle-soeur ont vécu au foyer ; l'enfant allait alors très bien. Alain semble avoir été très affecté par le départ de sa tante. La nuit de leur départ apparaît l'énurésie, puis l'énurésie et l'encoprésie. L'enfant se lève la nuit et fait ses besoins sur sa soeur ou n'importe où alors qu'auparavant il était parfaitement propre. Il fait ses besoins sous lui sans aucun contrôle, défèque et s'amuse avec ses matières.

Par ailleurs, l'enfant se montre toujours aussi doux et gentil mais il dit à la mère : "c'est pour t'embêter".

Ces troubles sont apparus longtemps avant la naissance de Patricia, durent actuellement depuis 10 mois mais sont plus intermittents depuis 5 mois.

A son retour de l'Hôpital, séjour pendant lequel il ne présente aucun trouble, il fait ses matières sur son lit et barbouille les murs.

L'encoprésie se manifeste uniquement à la maison et

- (- à l'école,
- disparaît) - à l'Hôpital
- (- chez la grand'mère

Les parents et le symptôme encoprésie : Au début, les parents ne lui ont rien dit en espérant que le trouble disparaîtrait. La mère dit que le beau-père s'est bien occupé de lui au début le considérant comme son fils aîné, mais depuis qu'il est devenu énurétique et encoprésique, il l'a pris en grippe "l'enfant comprend qu'il ne l'aime pas".

2° - Apparition récente d'un tremblement important, intentionnel, survenant lorsque l'enfant veut ou montre quelque chose, et lorsqu'il marche "on dirait un vieillard" dit la mère.

3° - L'enfant dit à tous ses camarades qu'il n'aime pas son papa (en fait son beau-père qu'il connaît depuis un an).

III - EXAMEN de l'ENFANT :

1° - Examen somatique : le pédiatre -

- convulsions de l'enfance
- crises de nerfs
- asthme
- examen somatique strictement normal. Bonne santé habituelle - strabisme - caries dentaires.

2° - Examen pédagogique :

Va à l'école depuis l'âge de 5 ans. Enfant en cours préparatoire : ne fait rien en classe et passe en classe de perfectionnement.

Aucun trouble à l'école.

3° - Examen psychologique : Melle BORREAU

- échelle verbale 73)
- échelle de performance 83 (Q. I. évalué au WISC
- ensemble 75)

Débilité légère qui n'est peut-être qu'une pseudo-débilité due aux différents changements d'entourage que l'enfant a subis. La déficience visuelle entre en jeu dans le développement perceptivo-moteur qui accuse un retard léger.

Conduite bien adaptée au cours du test. Coopère, calme, timide mais sans inhibition.

4° - Examen psychiatrique :

Enfant présentant depuis un an des troubles du comportement graves :

- énurésie,
- encoprésie + jeux fécaux,
- tremblement,

apparus lorsque la mère a repris l'enfant à l'âge de 6 ans celui-ci ayant été placé et présentant auparavant un comportement normal. Les troubles disparaissent à l'Hôpital, à l'école, chez la grand'mère. Mère remariée, le beau-père ne supporte pas l'enfant depuis qu'il est encoprésique. L'enfant dit à tout le monde "je n'aime pas mon papa". A compris qu'il ne l'aime pas dit la mère.

Relation ambivalente avec la mère : doux et gentil mais dit "je fais ça pour t'embêter". La mère ne supporte pas l'enfant ce qui amènera vraisemblablement une séparation du milieu familial. Mère rejetante, visiblement à bout de nerfs, survoltée, ceci rendant tout dialogue impossible. Elle se répand en plaintes sur l'enfant qui fatiguerait tout le monde, salissant tout.

Pense que son enfant n'est pas normal.

La mère songe à redonner l'enfant à son oncle qui l'a gardé pendant 5 ans et que l'enfant aime beaucoup : on lui aurait dit lorsqu'il était petit que c'était son père.

Carence affective -

Enfant rejeté à la fois par la mère qui l'a placé de la naissance à 6 ans et par le beau-père envers lequel l'enfant est agressif. Cette situation a entraîné un comportement régressif. Décompensation à l'occasion du retour chez la mère. Troubles réactionnels à la carence affective grave et au rejet parental.

5° - Etude de la personnalité : (Mme TIBERGHEN)

Fables de Duss :

mettent en évidence un retard affectif avec insécurité et fixation à la mère.

Village :

retard affectif, personnalité très immature non structurée.

Placements extra-familiaux :	) - insatisfaction	
	(- carence affective	
	)	
	(- agressivité vis-à-vis	
Double rejet parental	) du beau-père	

REGRESSION

C O N C L U S I O N

Enfant de 7 ans, confiée par sa mère divorcée très tôt à sa grand'mère puis à sa tante. L'enfant était placé chez cette tante depuis 5 ans, au milieu d'autres enfants, considérant son oncle comme son père.

Le deuxième mari ayant reconnu l'enfant, sa mère décide de le reprendre à l'âge de 7 ans : c'est alors que l'enfant présente une encoprésie secondaire rebelle puisqu'elle dure depuis 6 mois s'accompagnant de jeux fécaux.

Il est vraisemblable que le symptôme est une manifestation d'opposition envers ce nouveau foyer inamical, symptôme né de la conjonction de l'immaturité affective de l'enfant et de l'attitude rejetante de la mère.

L'enfant s'oppose en régressant. On peut penser que les troubles disparaîtront si Alain retrouve son premier foyer d'accueil, ceux-ci ne se manifestant actuellement que dans le nouveau foyer maternel.

Observation n° 9 - René J.

Enfant né le 16. 9. 1960 adressé à la consultation de Neuro-Psychiatrie Infantile S. N. C. F. en octobre 1966 (6 ans) pour inadaptation scolaire et encoprésie primaire. A la suite de cette consultation, l'enfant a été adressé au Centre d'Observation de Rosières ce qui a permis d'étudier son comportement.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

- Père âgé de 34 ans, employé S. N. C. F.
 - Mère âgée de 33 ans, en bonne santé.
- Il n'y a pas d'antécédents pathologiques.

2° - Antécédents collatéraux :

René est le 3e d'une fratrie de 4, comprenant :

- (Hélène née le 4. 12. 1956
-) François né le 4. 3. 1959
-) René
- (Sylvie née le 25. 2. 1966.

Il ne semble pas exister de problèmes particuliers pour les autres enfants.

3° - Antécédents personnels :

Enfant né à terme, à l'issue d'une grossesse normale, au poids de 4 kg. L'accouchement a été normal.

L'enfant aurait présenté des crises nerveuses de 2 ans et demi à 4 ans, au cours desquelles il se roulait par terre et perdait connaissance.

Le développement psycho-moteur a été assez lent : marche à 18 mois, premiers mots à 18 mois ; concernant les urines : propreté de jour acquise à 3 ans et demi, propreté de nuit acquise à 5 ans, donc extrêmement tardive. Enurétique jusqu'à 5 ans. Par ailleurs, encoprésie primaire : l'enfant n'a jamais été propre.

II - LES TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT - LE CONTEXTE FAMILIAL -

1° - Les troubles de l'enfant :

L'enfant présente les troubles du comportement suivants :

- Encoprésie primaire : l'enfant n'a jamais été propre et il est âgé actuellement de 7 ans. Durant son séjour au Centre d'Observation (4 mois), l'encoprésie s'est manifestée environ tous les trois jours, l'enfant parvenant à être propre quand l'éducatrice de son groupe l'emmenait aux W. C. à heures régulières en le félicitant et en le gratifiant affectivement.

- Troubles du comportement dy type blocage à un stade infantile : René âgé de 7 ans se comporte comme un enfant de 3 ans : joue avec les enfants les plus jeunes, jeux très simples ; langage pauvre.

- Troubles du type fixation à un stade anal en particulier opposition à l'adulte, agressivité envers les camarades, passivité, goût pour les jeux de sable, tendance à abîmer, à détruire. Goût très prononcé pour les collections, l'enfant amassant tout ce qu'il trouve au cours des promenades (traits obsessionnels ?).

- Inhibition et timidité, l'enfant participe peu aux activités de groupe, est mal intégré, passif au cours des repas, isolé au dortoir : troubles correspondant à une carence affective.

- Retard psycho-moteur : débilité motrice.

2° - Le contexte familial -

Semble peu satisfaisant et peu évolué. La mère est dépourvue de qualités ménagères, elle ne semble pas avoir une attitude éducative différente avec René de celle adoptée à l'égard des frères et soeurs.

Mésentente conjugale aggravé par la proximité des grands-parents paternels, Madame J. a menacé plusieurs fois de divorcer.

René s'entend bien avec ses frères et soeurs mais serait très jaloux depuis la naissance de la dernière en 1966.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le pédiatre -

Examen strictement normal, mais enfant petit, chétif, langage extrêmement infantile, débilité motrice.

2° - Examen pédagogique :

L'enfant doit entrer en cours préparatoire à la rentrée prochaine. A la maternelle : enfant instable, incapable d'un effort soutenu, peu soigneux il déchire et barbouille son travail, détruit les puzzles en cassant les morceaux, étale la peinture sur la table et les cahiers du voisin. Il aime briser les jeux et détruire le matériel : caractère anal.

Important retard de langage : les phrases sont mal constituées, l'enfant n'emploie pas le pronom personnel.

Retard de graphisme : Bonhomme de Goodenough
4 ans 9 mois.

Gaucherie.

3° - Examen psychologique :

Q. I. évalué au WISC

débilité moyenne	(échelle verbale	61
	) échelle de performance	75
	(échelle complète	<u>65</u>

Distortion entre les épreuves verbales et les épreuves de performance cachant vraisemblablement un blocage affectif.

Processus de pensée peu logique, représentation spatiale médiocre.

Les tests projectifs n'ont pu être pratiqués en raison du niveau intellectuel de l'enfant.

Dessins très pauvres.

4° - Examen psychiatrique :

Enfant de 7 ans, se présentant comme un débile au regard peu expressif, au comportement passif. Le vocabulaire est pauvre, l'enfant s'exprime mal et ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit.

Gros retard de l'évolution affective avec fixation au stade anal : encoprésie, opposition, jeux de sable, agressivité, passivité, goût pour la destruction des affaires.

Ce retard d'évolution s'explique vraisemblablement par une frustration affective avec maladresse éducative au moment de l'apprentissage de la propreté.

Débilité intellectuelle et motrice.

C O N C L U S I O N

- - - - -

Il s'agit d'un enfant de 7 ans présentant un retard global :

- retard du développement intellectuel : Q. I. 65,
- retard de langage,
- retard du graphisme,
- retard affectif surtout secondaire à une frustration affective, le contexte familial étant défavorable (mésentente ++), s'exprimant sous la forme d'une fixation anale : encoprésie primaire.

Dans ces cas d'encoprésie primaire, il est toujours difficile de déterminer à quel moment celle-ci est devenue de nature psychologique. On peut penser en tout cas que chez cet enfant débile moyen, l'encoprésie ne serait pas apparue si le contexte affectif avait été favorable.

Observation n° 10 - Patrick J.

Patrick J. né le 24. 10. 1955 est amené à la consultation du Centre Psycho-Médico-Pédagogique sur les conseils de l'instituteur, pour des difficultés scolaires importantes avec instabilité psychomotrice et énurésie. L'encoprésie n'est pas signalée spontanément et sera retrouvée à l'interrogatoire.

Né d'un premier mariage, Patrick actuellement âgé de 12 ans vit avec son beau-père et son demi-frère âgé de 6 ans. Les grands-parents paternels et maternels étant décédés ainsi que son père tué à la guerre d'Algérie, l'enfant est seul à porter le nom de J. et se sent de ce fait très isolé.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Le père de Patrick, militaire de carrière est décédé en 1959 tué à la guerre d'Algérie alors que l'enfant était âgé de 4 ans. La mère le décrit comme un instable auquel Patrick ressemblerait.

La mère de Patrick, qui a présenté une dépression nerveuse à la suite de la mort de son premier mari, s'est remariée en 1961 lorsque l'enfant avait 6 ans, elle était alors enceinte de 7 mois et a accouché d'un garçon, Pascal, actuellement âgé de 6ans.

2° - Antécédents collatéraux :

Patrick est l'aîné de deux. Son demi-frère, Pascal âgé de 6 ans paraît ne pas devoir poser de problèmes psychologiques.

3° - Antécédents personnels somatiques :

Patrick est né prématuré à 8 mois, à la suite d'une grossesse pénible marquée par une albuminurie. L'enfant est né par césarienne et a dû être réanimé. Allaitement au sein durant 4 mois et demi puis au lait artificiel : l'enfant n'a jamais posé de problèmes alimentaires. Il a toujours eu un gros appétit.

L'enfant a des antécédents pathologiques chargés : convulsions à 13 jours, fréquentes au début, elles cessèrent à l'âge de

2 ans, bronchite à un mois, gastro-entérite à 5 mois, pneumonie à 6 mois, coqueluche à un an ayant entraîné une dilatation des bronches pour laquelle il subira de nombreuses cures. Opéré des amygdales et végétations à 3 ans et demi.

Le développement psycho-moteur a été normal : dentition, marche, langage, propreté acquise la nuit à 1 an, le jour à un an et demi. Par contre, la mère nous apprend qu'il existe encore une énurésie nocturne pour laquelle l'enfant a suivi trois années de suite des cures à Salins-les-Bains (1961, 1962 et 1963). L'énurésie est apparue à l'âge de 14 mois : énurésie secondaire, à la suite d'une coqueluche. Cette énurésie s'est accompagnée jusqu'en 1966 d'une encoprésie intermittente survenant principalement lorsque l'enfant revenait chez sa mère, à la suite de nombreux placements extra-familiaux. L'encoprésie aurait fait son apparition durant le séjour en orphelinat (5 ans à 6 ans et demi), encoprésie de type secondaire. L'enfant sait qu'il va avoir un petit frère et la mère interprète les troubles comme réactionnels, l'enfant étant très jaloux.

4° - Antécédents personnels psychologiques :

placements extra-familiaux, événements traumatisants

- sur le plan psychologique, l'enfant semble avoir été particulièrement traumatisé par le décès brutal de son père survenu alors qu'il avait 4 ans. Pourtant, celui-ci, militaire de carrière, ne voyait son fils qu'à l'occasion de brèves permissions, mais l'enfant s'en souvient très bien encore maintenant. A cette époque, l'enfant se montrait très jaloux de son père et boudait les quinze premiers jours de permission.

- par ailleurs, l'enfant a été souvent séparé du milieu familial, à la suite de placements divers : 3 mois à la Tronche en 1959 pour dilatation des bronches, 3 mois en 1961, 1962, 1963 à Salins-les-Bains pour énurésie, 3 mois en 1966 et 1967 à Brion. Auparavant, il avait été placé en nourrice un an et demi, puis dans un orphelinat où les accidents encoprésiques se multiplient.

- la mère qui travaillait, le reprendra avec elle en 1961 lorsqu'elle se remariera. L'enfant est alors âgé de 6 ans et n'a pas encore connu de vie familiale normale.

En 1965, l'enfant est montré en consultation de Neuro-Psychiatrie Infantile à l'Hôpital pour instabilité et énurésie. A la suite de cette consultation on prescrit à l'enfant des sédatifs et une cure en maison spécialisée pour l'énurésie. Les troubles s'améliorent considérablement durant ce séjour mais réapparaissent dès son retour à la maison. En 1965, il se présentait comme un enfant hyperémotif, instable, se décourageant facilement à l'épreuve des tests mais sensible à l'encouragement. Le contact est labile, superficiel.

La mère se montre à cette époque très agressive envers l'enfant, le traitant d'anormal et le rejetant. Elle l'accuse de faits et de situations dévalorisantes.

La relation mère-enfant, les nombreuses manifestations d'opposition de l'enfant (tics, énurésie, encoprésie, refus de se laver) sont l'expression d'un conflit de type oedipien avec la mère. Il existe une perturbation probable des rapports prégénitaux. La situation conflictuelle a été aggravée par la séparation d'avec sa mère, le remariage de celle-ci et la naissance d'un demi-frère. Patrick est très ambivalent à l'égard de sa mère, cherchant à attirer l'attention et y parvenant à travers ses comportements.

L'anxiété est accrue par le fait que ses comportements doivent normalement entraîner une sanction : rejet redouté.

Le quotient intellectuel est le même qu'actuellement, il n'y a pas eu de détérioration entre 65 et 67.

L'étude de la personnalité (1965) au test de Rorschach et au T.A.T. donne les éléments suivants (Melle BORREAU).

- sensorialité immédiate primaire mise en jeu par tous les éléments qui peuvent parvenir de l'extérieur.

- absence de contrôle, ou contrôle très insuffisant laissant libre cours aux manifestations impulsives, agressives, aux émotions fortes, perturbant l'équilibre affectif.

- immaturité affective,

- crainte d'autrui,

- anxiété importante ; sentiment de culpabilité en rapport avec l'agressivité incoercible, non dominée, entraînant tout à la fois besoin et crainte du chatiment.

II - HISTOIRE ACTUELLE -

- Situation familiale,
- Troubles décrits par les parents.

Les troubles présentés par l'enfant

Actuellement, l'enfant âgé de 12 ans, vit au foyer entre son beau-père, sa mère et son demi-frère Pascal âgé de 6 ans. Le beau-père exerce la profession de chauffeur et rentre tous les soirs ; la mère reste au foyer pour s'occuper de ses enfants.

L'enfant est adressé pour difficultés scolaires avec grande instabilité psycho-motrice et difficultés à fixer son attention. Il présente depuis 3 ans des tics de la face et des yeux.

Le sommeil est bon, profond, sans cauchemar, mais s'accompagne fréquemment d'une énurésie. Il existe aussi une onychophagie.

La mère le décrit comme un enfant affectueux mais renfermé, têtu, capricieux, autoritaires, obstiné, coléreux, très instable, bruyant ; il aime les jeux de plein air, la promenade dans la campagne. Il ment pour éviter les punitions, cache ses mauvaises notes, fabule, fait beaucoup de sottises. L'enfant n'a jamais accepté la naissance du petit frère envers lequel il se montre très jaloux. Il aime à se faire plaindre et remarquer afin que l'on s'occupe de lui. D'autre part, la mère signale l'existence de vols à la maison : argent, montre, objets divers, activités dans lesquelles il entraîne son petit frère.

La mère trouve que Patrick ressemble beaucoup à son père qui était lui aussi, instable ; le père était en adoration devant son fils et le gâtait beaucoup : identification au père dévalorisé. L'enfant s'est brutalement fermé à sa mort.

Les relations familiales :

- mère-enfant : la mère se décrit ferme et sévère, ne cajolant pas ses enfants, les traitant dit-elle, sur un pied d'égalité. Soignée pour dépression réactionnelle en 1959 elle paraît nerveuse, autoritaire. Elle se fâche, crie, menace, mais donne rarement des giffles. Pascal est gentil avec elle, affectueux, recherchant les caresses.

- beau-père-enfant : Le beau-père est autoritaire, il veut que Patrick soit instruit et ceci étant, passera sur tout le reste. En rai-

son des échecs scolaires il est punitif envers Patrick beaucoup plus qu'envers Pascal qui donne toute satisfaction. Il serait plus patient que la mère. Il souhaite que Patrick aille en pension et s'engage dans la Marine à 16 ans.

- relation avec Pascal : 6 ans

Patrick est très jaloux de son demi-frère, se figure des tas de choses, dit "qu'on ne l'aime pas", "qu'on ne peut pas le voir". Le soir le petit vient entre ses parents et il n'y a plus de place pour lui. Il ne comprend pas que l'on s'occupe autant de Pascal : rivalité avec le demi-frère.

Pascal est un enfant facile, tout va bien avec lui.

- les loisirs de la famille :

Patrick bien que placé souvent, va en vacances avec la famille à la campagne, et passe ses jeudis chez des amis à Marsannay.

III - EXAMEN de l'ENFANT -

1° - Examen somatique : le point de vue du pédiatre
(Dr ALIZON)

Prématuré, réanimé, avec de nombreux antécédents pathologiques et en particulier des convulsions à 13 mois, une énu-résie et une encoprésie.

On se trouve devant un enfant de 12 ans, obèse (plus de 25 %), présentant un faciès négroïde avec hypertélorisme. La face et les yeux sont animés de tics, il existe une onychophagie et des syncinésies.

Par ailleurs, l'examen est strictement négatif, de même que l'électroencéphalogramme.

2° - Examen pédagogique : la scolarité (Mr MILLET)

- les renseignements donnés par l'école.

L'enfant âgé de 11 ans est en CM2 et obtient de très mauvais résultats (27e/29). Il est considérablement gêné par ses tics et son instabilité psycho-motrice : continuellement debout ou demi-assis, il pousse des cris inarticulés et des sifflements. Il est lent au travail,

Patrick très tendu au début, se déride vite, les réponses d'abord sèches et brèves deviennent plus riches et accompagnées de commentaires ; le contact est excellent. L'enfant est très ouvert. Il se sent malheureux en famille, rejeté par tous, très jaloux de Pascal. Les parents sont ressentis comme très agressifs et l'enfant dit qu'il ne souffrirait pas s'il les quittait. Cette impression de rejet et d'isolement s'exprime dans le dessin de la famille : Patrick n'y est pas et le père est représenté avec un martinet. "Je ne suis pas de la famille, je suis le seul J." dit-il. La carence affective est très importante. L'enfant est anxieux, insécurisé, très agressif en particulier contre son puîné qui est préféré. Les traits principaux sont : l'agressivité, l'émotivité et l'anxiété. L'enfant est particulièrement sensible à l'accumulation de frustrations qu'il subit. Il ressent de façon aigue le triple rejet familial : b-père, mère, frère.

5° - La personnalité : tests projectifs

le test de Rorschah

Deux tests ont été utilisés :

les images de Pickford

Le test de Rorschah

- La pensée est fortement négative en réaction à une vive angoisse née d'une insécurité familiale.

- l'enfant recherchant le détail est incapable de synthèse et d'organisation. Très perturbé par l'anxiété.

- le comportement est régressif avec agressivité anale importante.

- l'adaptation à la collectivité est compromise par suite de cette méfiance et cette agressivité.

Images de Pickford : leur interprétation permet de dégager les traits suivants :

- une forte agressivité à l'égard du puîné qui a la faveur des parents parce que plus calme et plus affectueux.

- une peur de multiples séparations d'avec la mère envers laquelle il se montre très agressif.

- la relation avec le beau-père est perturbée par les échecs scolaires car celui-ci attache beaucoup d'importance à la réussite scolaire. La relation semble cependant meilleure qu'avec la mère.

En résumé

	(- dépression nerveuse, remariage,
mère	(- agressive,
----	) - rejetante
	(- dévalorisante
	(- Anxiété secondaire à un sentiment de rejet et à l'insécurité affective
enfant	(- compensation sur le mode oral : obésité
Carence affective	) - régression par immaturité affective, s'exprimant sur
	) le mode anal : encoprésie
	(- opposition, agressivité (manifestations impulsives,
	(encoprésie);
	(culpabilité

C O N C L U S I O N

Enfant de 13 ans au quotient intellectuel normal, présenté à la consultation pour des difficultés scolaires, instabilité psycho-motrice et énurésie.

L'interrogatoire met en évidence d'autres troubles : anorexie réactionnelle, tics de la face, onychophagie, colères, vols à la maison, jalousie frater-nelle, encoprésie.

Les troubles s'expliquent lorsque l'on connaît les conditions de vie de l'enfant depuis sa naissance et le climat affectif fa-milial.

- décès brutal du père lorsque l'enfant avait 4 ans,
- remariage de la mère l'année suivante, et nais-sance d'un demi-frère mal accepté,
- placements extra-familiaux successifs pour des motifs dits "somatiques", de la naissance à l'âge de 7 ans (énurésie) créant un véritable état abandonnique,
- mère traitée pour dépression nerveuse.

Au sein de ces troubles l'encoprésie apparaît à l'âge de 4 ans, après une période de propreté ; celle-ci se poursuit encore actuellement.

La mère et le beau-père sont très agressifs envers l'enfant. Celui-ci se sent seul, rejeté, étranger au trio : mère, beau-père et demi-frère. La mère identifie l'enfant à son premier mari.

Patrick exprime ses difficultés sous la forme de troubles divers et en parti-culier de l'encoprésie. Cette encoprésie est l'expression d'une régression affective avec agressivité anale en particulier avec la mère.

Les difficultés relationnelles avec le beau-père se placent sur un niveau plus superficiel et de ce fait entraînent moins d'agressivité : échec scolaire. Le climat d'insécurité familiale et de rejet entraîne une grande anxiété chez cet enfant émotif et très sensible aux frustrations.

Observation n° 11 - Patrice V.

Enfant né le 22. 10. 1961, adressé à la consultation de Chirurgie Infantile par son médecin traitant le 13. 3. 1967 (6 ans) pour encoprésie existant depuis six mois.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Père âgé de 44 ans, agent de police, en bonne santé.

Mère âgée de 34 ans, coiffeuse, en bonne santé également.

Antécédents de tuberculose chez les grand'parents.

La grand'mère garde l'enfant à Pontailler-sur-Saône, les parents habitant Villejuif.

Séparation parents-enfant.

2° - Antécédents collatéraux :

Deux frères plus âgés : Jacky 13 ans et Jean 10 ans, tous les deux en bonne santé.

3° - Antécédents personnels :

Enfant né à terme au poids de 3,100 kg. Il n'y a eu aucun problème à l'accouchement.

Enfant nourri artificiellement, sans aucun problème alimentaire.

Maladies banales de l'enfance.

Développement psycho-moteur normal, en particulier en ce qui concerne l'acquisition de la propreté.

L'enfant a toujours été un constipé chronique pouvant rester trois jours sans aller à la selle.

II - LES TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT -

Depuis six mois, l'enfant présente une encoprésie alors qu'il était parfaitement propre auparavant. Il se salit continuellement. Le plus souvent existe une constipation pendant deux ou trois jours au terme desquels apparaît l'encoprésie.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

Examen somatique normal mis à part la constipation. Le toucher rectal permet de mettre en évidence une quantité importante de fécales. Absence de réflexe anal, mais le sphincter a une tonicité normale.

Devant ce tableau, le Service de Chirurgie s'oriente vers le diagnostic de mégacolon congénital et fait pratiquer un lavement baryté : celui-ci montre seulement un mégarectum mais infirme le diagnostic de mégacolon. Une radiographie de la colonne lombaire met en évidence un spina bifida occulta de L5. Il n'y a pas de trouble neurologique.

Le diagnostic de mégacolon ayant été infirmé, l'enfant est alors passé en Clinique Médicale Infantile pour rééducation intestinale. On impose à l'enfant des horaires réguliers et le transit se normalise rapidement.

- Examen pédagogique : bon niveau, enfant prêt à entrer en cours préparatoire.
- Examen psychologique : quotient intellectuel évalué au Termann-Merrill
Q. I. à 115, niveau normal supérieur.
Enfant spontané et agréable.

CONCLUSION

Enfant âgé de 6 ans présentant une encoprésie depuis six mois alors qu'il était propre auparavant.

Ce qui est intéressant dans cette observation c'est l'existence d'une constipation chronique chez cet enfant avec troubles du transit, mégarectum, troubles qui ont orienté vers une étiologie somatique. Ces troubles sont secondaires à la constipation chronique de l'enfant qui devait retenir volontairement ses selles.

L'encoprésie a d'abord été rapportée à un mégacolon congénital (infirmé par le lavement baryté) puis à un spina bifida occulta. En fait, tout est rentré dans l'ordre dans le service avec une petite discipline horaire.

Il s'agit d'un problème psychologique : l'enfant était séparé de ses parents et vivait chez sa grand'mère. Signification de revendication affective.

Observation n° 12 - Marie-Christine M.

Marie-Christine née le 15. 12. 1960 est adressée à la consultation de Neuro-Psychiatrie Infantile le 1. 2. 1967 (6 ans) pour difficultés scolaires et troubles du comportement.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Père âgé de 36 ans, agriculteur, en bonne santé.

Mère âgée de 30 ans, sans profession, nerveuse.

2° - Antécédents collatéraux :

Marie-Christine a une soeur plus âgée de 2 ans : Véronique née le 5. 10. 1958, suivie également à la consultation de Neuro-Psychiatrie infantile pour inhibition et timidité. Ces troubles sont secondaires à une rivalité importante entre les deux soeurs : Marie-Christine étant identifiée à la mère élément dominateur du couple tandis que Véronique est identifié au père, fortement dévalorisé.

Véronique est opposée et agressive envers sa mère "si j'avais un pistolet, je te tuerais". Ambivalente avec sa mère : agressive et dépendante. Très agacée par Marie-Christine qui est préférée : problème de rivalité entre les deux soeurs ; Véronique a mal accepté la naissance de sa petite soeur, voudrait être fille unique prétendant que Marie-Christine est plus gâtée. Gaucherie homogène.

3° - Antécédents personnels somatiques :

Enfant née au terme d'une grossesse normale mais a dû être placée 24 heures sous oxygène pour circulaire du cordon et cyanose. Poids à la naissance : 3,400 kg.

Allaitement maternel pendant deux mois et demi. Il n'y a pas eu de problème alimentaire.

Maladies banales de l'enfance. Amygdalectomie.

Développement psycho-moteur normal. Premiers pas à un an, mais difficultés du langage. Propreté acquise normalement aux envi-

rons de l'âge de trois ans. L'éducation sphinctérienne ne semble pas avoir été particulièrement précoce, ni rigide, la mère paraissant assez tolérante. En fait, l'enfant n'a jamais été vraiment propre, les accidents encoprésiques étant assez fréquents.

Appétit normal mais difficultés à l'endormissement.

II - LES TROUBLES PRESENTES PAR L'ENFANT - LES RELATIONS FAMILIALES

1° - Les troubles présentés par l'enfant :

- A l'école : enfant actuellement en cours préparatoire présentant des difficultés d'apprentissage en lecture, acceptant mal le changement récent d'instituteur.

- A la maison : les troubles du comportement présentés par l'enfant sont les suivants :

- instabilité,
- manifestations d'opposition avec colères, impulsivité, caprices,
- agressive et jalouse vis-à-vis des autres enfants,
- problèmes de rivalité entre les deux soeurs,
- attitudes érotiques avec masturbation,
- épisodes fréquents de régression à des stades infantiles à l'occasion d'évènements traumatisants, de difficultés, en particulier absence de la mère.

Les périodes associent les troubles suivants :

* Attitudes infantiles, Marie-Christine "fait le bébé"

* Anorexie

* Enurésie et encoprésie.

Ces épisodes s'accompagnent d'une aggravation de la rivalité entre les deux soeurs et d'une diminution du rendement scolaire.

Actuellement, Marie-Christine a 8 ans, l'attitude de régression est pratiquement permanente, l'enfant ayant des manifestations encoprésiques fréquentes tandis que l'énurésie a disparu. L'encoprésie est diurne et nocturne mais différente dans les deux cas. La journée l'enfant salit seulement sa culotte donnant l'impression de ne pas s'essuyer. La nuit, la selle émise dans le lit est complète. "Je le fais exprès" aurait dit un

jour Marie-Christine à sa mère. L'enfant semble assez indifférente vis-à-vis de ces troubles.

2° - Les relations familiales :

La mère est issue d'une famille nombreuse dans laquelle l'affection a beaucoup manqué, l'autorité étant à la base de l'éducation. Cette mère l'a contrainte à épouser un homme qu'elle n'aime pas d'où la mésentente conjugale actuelle jaillissant sur les deux enfants.

Le climat familial est épouvantable, extrêmement tendu ; la mère est nerveuse, très déprimée, insatisfaite par le mariage, très agressive vis-à-vis du père qu'elle dévalorise, : "Je ne t'aime pas, voilà le problème", lui reproche de ne pas s'occuper des enfants. En fait, il s'agit d'une femme névrotique, actuellement déprimée qui perturbe toute l'atmosphère familiale. Elle s'en rend parfaitement compte et se sent culpabilisée et anxieuse. Femme très attachée à sa mère dont elle dépend étroitement ; attitude ambivalente : dépendance et agressivité : "je déteste ma mère". Dévalorise sans cesse son époux devant les enfants "c'est un imbécile". Hyperprotectrice avec Marie-Christine qu'elle préfère, agressive avec Véronique qu'elle identifie au mari, elle dit avoir eu beaucoup de difficultés d'éducation avec ses enfants à l'époque où sa belle-mère s'en occupait aussi : "elle me volait mes enfants, c'était une mère poule".

Le père est très réticent pour venir à la consultation. Il s'agit d'un homme assez frustré ; au Q. I. vraisemblablement assez bas, mais gentil. Très dévalorisé par sa femme.

Marie-Christine et Véronique ont des relations extrêmement tendues, Véronique étant très jalouse de sa jeune soeur, cette jalousie n'est d'ailleurs pas sans fondement, la mère préférant la petite. Rivalité importante entre les deux soeurs. Marie-Christine est l'élément dominateur, elle a beaucoup d'ascendant sur sa soeur aînée.

La grand'mère paternelle de Marie-Christine est décédée il y a deux ans, mais s'est beaucoup occupée de l'enfant auparavant, en particulier sur le plan éducatif d'où une rivalité importante avec la mère. Après sa mort, l'enfant a présenté des troubles du comportement : elle oblige ses parents à se lever la nuit pour porter des fleurs sur la tombe, va au cimetière souvent pour la déterrer, couche pendant des mois

avec une photo d'elle.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique négatif. Instabilité, syncinésies.

2° - Examen pédagogique :

Difficultés en lecture et en mémorisation. Acquisitions en calcul satisfaisantes. Episodes de laisser aller correspondant aux périodes de régression, troubles de l'écriture extrêmement frappants.

3° - Examen psychologique : (Melle VUILLIER)

Q. I. évalué au WISC

(- Echelle verbale	89
) - Echelle de performance	123
(- Echelle complète	<u>106</u>

Il existe une grande distorsion entre les épreuves verbales et celles de performance. Ceci cache vraisemblablement un blocage affectif important. Phase d'opposition active à l'épreuve du test : pleurs, appels à la mère, mais les épreuves de performance font céder l'opposition.

Les tests projectifs n'ont pu être réalisés, l'enfant ayant refusé catégoriquement de quitter sa mère.

4° - Examen psychiatrique :

Marie-Christine est une enfant bloquée, inhibée, la mère parlant sans cesse et l'empêchant de s'exprimer.

Attitude ambivalente vis-à-vis de la mère, à la fois opposée et dépendante, (refusera plusieurs fois de rester seule avec le médecin), refuse de passer les tests projectifs car elle ne veut pas quitter sa mère.

Episodes de régression infantile tendant à se rapprocher et à s'installer : anorexie, encoprésie, énurésie. Blocage affectif. Rivalité avec la soeur. Enfant perturbée par le climat familial entre un père dévalorisé et une mère névrotique déprimée et agressive.

5° - Personnalité

Les tests projectifs n'ont pu être réalisés en raison de l'opposition de l'enfant : elle refuse de quitter sa mère, pleure, se sauve, fait une violente colère.

CONCLUSION

- - - -

Marie-Christine est une enfant de 6 ans, adressée pour troubles du comportement à type d'instabilité, d'opposition et d'agressivité.

L'enfant n'a jamais été vraiment propre, mais plus récemment sont apparus des épisodes de régression infantile avec anorexie, énurésie et encoprésie diurnes et surtout nocturnes.

L'enfant ainsi que sa soeur Véronique sont très perturbées par le climat familial où la mésentente conjugale règne en permanence ; le père est inhibé, un peu fruste, dévalorisé, la mère est une grande névrotique, insatisfaite, déprimée, culpabilisée envers ses enfants, dévalorisante envers son mari.

L'insatisfaction affective entraîne chez Marie-Christine des troubles graves du comportement avec régression infantile et encoprésie.

Marie-Christine et sa soeur Véronique, après avoir été suivies pendant six mois en psychothérapie, ont dû être séparées du milieu familial par placement en aérilum.

Observation n° 13 - Vincent T. (7 ans 6 mois)

Vincent T. né le 26. 6. 1959 est adressé à la consultation du Centre Psycho-médico-pédagogique par sa mère, pour instabilité psychomotrice, troubles du comportement et dégradation du travail scolaire depuis 3 mois.

Il existe aussi un énurésie diurne et une encoprésie se manifestant à l'école plusieurs fois par semaine, troubles que l'on découvre à l'interrogatoire systématique mais qui ne sont pas signalés spontanément, ni motif à consultation.

I - ANTECEDENTS -

1° - Antécédents héréditaires :

Le père de Vincent, professeur de Lettres dans l'enseignement secondaire, a 33 ans. Il est très nerveux et traité périodiquement. La grand-mère paternelle est elle aussi très nerveuse. Le père bégaie légèrement.

La mère est âgée de 31 ans, professeur de philosophie, est en bonne santé.

2° - Antécédents collatéraux :

Vincent est l'aîné de trois garçons :

- Vincent né le 26. 6. 1959 a 7 ans 6 mois
- Christophe né le 14. 8. 1960 a 6 ans
- Jean-Sébastien né le 11. 10. 1963 a 4 ans.

3° - Antécédents personnels somatiques :

A la suite d'une grossesse sans problème, l'enfant est né prématurément au terme de 8 mois et demi.

Accouchement normal, poids à la naissance : 3,250 kg

Allaitement maternel pendant 11 jours, mixte deux mois et demi puis artificiel. Il n'y a pas eu de problèmes alimentaires.

Antécédents pathologiques : à 18 mois radiothérapie pour rachitisme. Rhinopharyngites fréquentes. Trachéites l'hiver. Maladies infectieuses banales. Adénoïdectomie à 4 ans.

Le développement psycho-moteur de l'enfant a été normal : marche à 13 mois, premières phrases à 2 ans et demi, propreté acquise à 2 ans.

L'éducation sphinctérienne a débuté à l'âge d'un an et les parents ont conscience d'avoir été trop sévères et pensent être responsables des troubles actuels de l'enfant. Le père en particulier est fortement culpabilisé. L'enfant était mis sur le pot avec un suppositoire et l'on attendait la venue de la selle.

Actuellement existent :

- une énurésie intermittente apparue fin 1964
- une encoprésie secondaire apparue en 1965 c'est-à-dire depuis deux ans, alors que l'enfant était propre depuis l'âge de 2 ans. L'enfant ne retient pas ses selles et a une tendance à la diarrhée. Depuis la rentrée en CE 1 (7 ans) l'enfant présente une encoprésie secondaire diurne.

Actuellement, l'encoprésie survient par périodes, d'une manière cyclique : l'enfant salit tous les jours sa culotte pendant trois semaines. Simultanément surviennent d'autres troubles : relations plus difficiles avec ses camarades, porte tous les objets à sa bouche (régression ?). Les accidents surviennent presque toujours à l'école, l'enfant rentrant le soir avec le slip souillé. Pendant les vacances les accidents sont rares (trois fois pendant les grandes vacances).

L'enfant et le symptôme encoprésie : Vincent rationalise son trouble en disant qu'il n'ose pas demander au professeur de sortir. Cependant à la première séance de psychothérapie, il demandera à aller aux W. C.

Il semble assez indifférent vis-à-vis de son trouble et bien le supporter "c'est une façade" dit la mère.

Les parents et le symptôme : Leur attitude est variable, tolérante le plus souvent mais aussi, accès de colères, sermons dont le père est très culpabilisé. "Ce qui me désarme c'est que cela passe au-dessus de sa tête". Sa femme se montre plus patiente, se sentant moins impliquée dans ce trouble.

La gouvernante est très punitive et s'oppose beaucoup à Vincent au sujet de l'encoprésie. Elle le gronde en cachette des parents. Elle l'a ridiculisé devant ses camarades.

Ses frères ne disent rien. D'ailleurs Jean-Sébastien le dernier-né présente une énurésie nocturne.

4° - Antécédents personnels psychologiques - Placements
extra-familiaux - Evènements traumatisants :

L'enfant paraît d'après sa mère avoir été traumatisé par une suite d'évènements familiaux :

- Départ du père au service militaire lorsque l'enfant avait 2 ans. Ce départ aurait beaucoup inquiété l'enfant.

- Changement de résidence et installation à Dijon.

- Les enfants sont confiés à une gardienne la journée : cette gardienne s'était occupée des parents lorsqu'ils étaient étudiants à Paris. Depuis quelques années elle s'occupe des enfants à la maison et y a acquis une place importante. Elle a tendance à gouverner tout le monde, Vincent lui est très opposé.

- le père est absent toute la journée, nommé professeur à Dole, il part le matin et rentre le soir, voyant très peu ses enfants.

II - HISTOIRE ACTUELLE - Troubles présentés par l'enfant

Relations familiales.

1° - Les troubles présentés par l'enfant :

Actuellement l'enfant vit au foyer, élevé essentiellement par sa mère et une gouvernante, le père étant absent toute la journée.

L'enfant présente une série de troubles :

- * instabilité psychomotrice très importante,
- * dégradation du travail scolaire depuis trois mois : indifférent et lent,
- * tics du visage apparus récemment,
- * suce encore son pouce ; pas d'onychophagie,
- * sommeil difficile avec cauchemars,
- * Appétit normal mais long à manger
- * énurésie et encoprésie,
- * inquiet, anxieux, très affectueux recherche la tendresse.
- * difficultés de relations importantes avec ses camarades.

L'enfant est décrit par la mère comme étant affectueux, même collant, agaçant.

Il ressemble physiquement beaucoup à son père : identification mari-enfant. C'est un enfant qui paraît avoir beaucoup besoin de parler, manifestant par là son anxiété.

2° - Relations familiales :

a) relation mère-enfant -

Fille d'institutrice, professeur dans l'enseignement secondaire, la mère de Vincent a des principes éducatifs stricts mais paraît plus nuancée que le père. Elle serait plus indulgente avec les deux petits. Plus mure, plus stable, plus maîtresse d'elle-même, c'est elle qui domine la constellation familiale, traitant son mari un peu en grand enfant, l'ayant pris en charge.

La mère se dit tendue avec Vincent, manquant de spontanéité, surveillant ses attitudes. L'enfant est très affectueux avec elle, expressif, aimant discuter.

b) relation père-enfant -

Le père est souvent absent pour des raisons professionnelles.

Il a des antécédents psychiatriques :

- fatigabilité nerveuse soignée régulièrement,
- crise assez grave à l'âge de 18 ans
- fragile, angoissé, veut mettre son passé en ordre.

Fils d'enseignant, élevé avec sévérité, le père est lui même psychorigide : il le sent et l'avoue. Il se critique et essaie de se modérer n'y parvenant pas toujours. Impulsif, coléreux il a des problèmes avec ses élèves : difficultés, poussées d'érythrose faciale,

Il est plus exigeant envers son fils aîné qu'avec les petits. Il est louangeux vis-à-vis de sa femme qui sait mieux s'occuper des enfants, a conscience de ses propres problèmes et paraît très dépendant de son épouse, voudrait cependant constituer un élément de sécurité. Dans l'entretien, il revient constamment à ses problèmes personnels, cherche un soutien, un conseil. Il se sent très culpabilisé et responsable des troubles de Vincent.

Dans l'ensemble la pression éducative familiale est très forte, s'exerçant même au niveau des loisirs : on danse en musique à

heures fixes. Pédagogie au foyer. Milieu et mode de vie très structuré.
Punitions pour "créer des réflexes conditionnés".

c) la gouvernante -

Elle gouverne un peu tout le monde dans la maison, y compris les parents dont elle s'occupait lorsqu'ils étaient étudiants. Est en conflit fréquent avec Vincent, et les parents ne savent pas quelle attitude prendre. Ridiculise Vincent à cause de son encoprésie devant ses petits camarades. Punit Vincent en cachette lorsqu'il salit sa culotte (contre le gré des parents).

d) les grands-parents -

L'enfant vit chez les grands-parents paternels pendant les vacances et y est très attaché.

c) Christophe -

Il ne pose pas de problèmes, est équilibré, taquin, affectueux, ayant le sens de l'humour, d'esprit vif. Il ressemble à sa mère. Vincent supporte mal les taquineries de Christophe mais il joue beaucoup avec lui.

d) Jean-Sébastien (3 ans et demi).

Il est impérieux, enjoleur, capricieux, très attaché à ses frères, affectueux, rieur.

III - EXAMEN DE L'ENFANT -

1° - Examen somatique : le point de vue du pédiatre

(Dr ALIZON)

Prématuré. Accouchement normal. Développement psychomoteur normal mais énurésie intermittente et encoprésie depuis deux ans après acquisition normale de la propreté.

Bonne santé habituelle.

Fatigable.

A l'examen : -poids et taille normaux

-lenteur de réactions aux ordres

-syncinésie ++

-instabilité ++

2° - Examen pédagogique : la scolarité (Me MILLET)

Maternelle 3 ans

Cours préparatoire : s'est très bien passé mais enfant un peu lent, maitresse très gentille mais un peu dépassée par Vincent et celui-ci le sentait, très attaché à une petite fille.

Cours élémentaire 1ère Année : lent et distrait mais bons résultats. L'amaigrissement de cette année semble assez dévalorisante : elle l'appelle "traînard" en déformant son nom de famille ; elle fait des "sumons" aux enfants.

C'est en entrant en CE 1 qu'est apparue l'encoprésie.

Ecrit de la main droite.

Lecture excellente.

Français : dans les 10 % supérieurs)

Calcul : dans les 10 % supérieurs (niveau CE 2.

Fait ses chiffres et certaines lettres à l'envers. Problème de latéralité important : sera à revoir en rééducation psychomotrice : (gaucher contrarié?)

3° - Examen psychologique : (niveau intellectuel

(Mr PAULIEN)) latéralité

(langage

Le quotient intellectuel évalué au WISC donne les résultats suivants :

(échelle verbale	120
) échelle de performance	111
(ensemble	<u>117</u>

Niveau normal fort.

Bon niveau des informations.

Difficultés d'attention et de concentration à l'épreuve de mémoire.

Mauvaise coordination visuo-motrice.

Latéralité : - Main gauche

Pas de dominance pour l'oeil

Pied droit

l'enfant écrit de la main droite : gaucher contrarié ce qui explique la lenteur.

Dessin du loup -

Habillé de façon fantaisiste, ridicule.

Il cherche à dédramatiser la notion de loup dans un but de sécurisation.

4° - Examen psychiatrique : le point de vue du psychiatre

(Dr DIEBOLD)

Enfant très instable : prurit moteur.

Anxieux, insécurisé, scrupuleux.

Emotif ++ "où sont mes parents"

"c'est une photo de qui"

Prend l'interlocuteur à témoin pour quémander une approbation. Parle beaucoup.

A la maison : l'enfant ressent son père comme sévère : "il nous met au lit, nous prive de dessert, nous met au piquet".

la mère : "nous donne des giffles"

J. Sébastien est vilain, il fait du bruit"

A l'école : "la maîtresse n'est pas gentille, elle gronde souvent parce que je travaille mal".

5° - Personnalité : Rorschach (Mr PAULIEN)

- L'intelligence présente une bonne qualité de synthèse et d'organisation mais manque également de sens de la réalité.

Elle est utilisée pour manifester son agressivité et ses critiques envers autrui. Elle demeure insuffisamment précise, perturbée par une vive anxiété présentant un élément constitutionnel.

- Affectivité labile, impulsive.

- La relation maternelle paraît manquer de spontanéité, perturbée, tendue.

- Mal inséré dans le milieu familial entre un père anxieux, susceptible et une mère peu affectueuse

- anxiété constitutionnelle.

- Relation tendue avec la maîtresse qui n'admet pas sa lenteur liée à une latéralité contrariée.

Images de Pickford

- Forte agressivité envers les puinés qui ont droit aux caresses.

- Attachement et recherche du père qui se montre pourtant exigeant
père ressenti comme insécurisant : se cherche un père

- Mère punitive et frustrante, traitant l'aîné en adulte, le repoussant car trop affectueux.

RESUME DE LA SITUATION AU DEBUT DE 1967

- - - - -

Enfant de 8 ans présentant des difficultés scolaires liées à une lenteur (gaucher contrarié). Problème de rééducation motrice. Quotient intellectuel normal fort, niveau scolaire excellent.

- tics,
- instabilité psychomotrice ++
- anxiété : pose beaucoup de questions.
- affectueux, "collant" : besoin d'être caressé.
- dort mal.
- suce ses doigts.
- encoprésie et énurésie.

Le milieu éducatif est rigide : parents professeurs pédagogie dans la famille. Père grand anxieux, susceptible, instable, dépressif, dépendant de sa femme.

Mère agressive à l'égard du mari, identifie l'enfant au mari, rigide, froide, principes stricts.

L'enfant présente des troubles réactionnels au milieu familial sur une fragilité constitutionnelle (anxiété du père).

- (Anxiété ++
- (Agressivité
- (Affectivité labile, impulsive
-) Mal inséré entre le père anxieux et la mère rigide
-) Gros problèmes de jalousie avec les puînés.
- (Carence affective ++
- (Insécurité
- (

Education sphinctérienne rigide	(	Anxiété ++
Pédagogie au foyer	(	Agressivité anale
Activités très structurées	(	
- Mère rigide, stricte, frustrante, castratrice, peu affectueuse, intellectuelle.	)	Agressivité
	)	Angoisse de castration
	)	Impulsif
- Père anxieux ++, peu sécurisant, culpabilisé, dominé par sa femme.	(	Recherche d'un père
	(	Insécurisé angoisse

EVOLUTION AU COURS DE 1967 et 1968

1° - La décision thérapeutique prise à ce moment-là consiste en psychothérapie, et rééducation psychomotrice.

2° - Le comportement de l'enfant :

Au cours de la psychothérapie le contact est bon, l'enfant montre une grande richesse d'expression lorsqu'on le laisse libre. L'instabilité cesse.

L'encoprésie régresse ne se manifestant qu'épisodiquement lorsque l'enfant a des difficultés. En même temps apparaissent des manifestations d'opposition.

Les parents trouvent Vincent moins opposant, moins anxieux et se montrent très satisfaits des résultats du traitement.

Un second Rorschach est pratiqué le 23. 3. 1968 à la fin du traitement psychothérapique. Les résultats sont encourageants en particulier la pensée est mieux adaptée à la réalité, mais certains éléments péjoratifs demeurent : agressivité anale, angoisse, insécurité, impulsivité. Etant donné les progrès enregistrés, on décide d'arrêter la psychothérapie.

3° - Personnalité - Nouveau Rorschach le 23. 3. 1968 - (Mr PAULIEN)

Par comparaison au premier, on note les divergences suivantes :

Intelligence : productivité importante avec cependant diminution de la faculté d'abstraction et recherche du détail. Significatif d'une pensée plus pratique, ayant gagné en précision.

Meilleure adaptation de la pensée à la réalité, la réduction des réponses globales correspondant à une pensée recherchant moins la fuite dans la réalité. Cependant, la recherche des petits détails est l'indice d'une agressivité anale mal inhibée. La pensée est encore facilement perturbée par l'angoisse, celle-ci a pour origine une image paternelle peu sécurisante (choc beaucoup plus net aux planches paternelles. Stupeur devant le symbolisme sexuel masculin pouvant indiquer une angoisse de castration).

Affectivité : demeure assez labile, soumise à des fluctuations donc humeur capricieuse et agitation pulsionnelle en rapport avec une énergie affective encore au stade de la recherche de l'excitant primaire.

EVOLUTION ACTUELLE

- - - - -

1° - La psychothérapie est arrêtée depuis neuf mois. Le relai a été pris par la rééducation psychomotrice, l'enfant présentant des difficultés en raison d'une gaucherie contrariée. Les troubles psychomoteurs sont importants essentiellement liés à une grande instabilité. De plus, Vincent est inattentif recherchant constamment des intérêts nouveaux, lesquels doivent être satisfaits dans l'immédiat. L'anticipation est perturbée par une impulsivité d'où un manque de contrôle moteur, Vincent réussit s'il est motivé, mobilisé. Les troubles de l'attention l'handicapent énormément. Syncinésies ++
Le programme de rééducation est le suivant : relaxation, coordination générale, dynamisme, équilibre, adaptation temporelle, adaptation spatiale. Après 32 séances de rééducation, Vincent écrit normalement, des progrès sont notés en coordination générale. Il n'y a eu aucun progrès en coordination spatiale. L'enfant est mieux adapté à l'espace mais son instabilité l'empêche de parvenir à la connaissance du schéma corporel d'autrui. La rééducation est rendue difficile en raison du bavardage incessant de l'enfant. De plus, au cours des dernières séances il aurait eu de manifestations agressives envers le rééducateur.

2° - En décembre 1968, une entrevue avec les parents nous apprend que le comportement de l'enfant à la maison est satisfaisant. L'enfant est encore enco-présique la journée mais de façon périodique, il n'y a pas eu d'incident pendant les vacances.

A l'école les résultats sont moyens. Vincent est très fatigué en fin de trimestre. Il travaille beaucoup seul en dehors des activités scolaires. Il tient un cahier dans lequel il note ses observations personnelles. La pression pédagogique est toujours importante bien que les parents aient pris

conscience de leurs exigences excessives.

Le père travaille actuellement à Dijon, et peut s'occuper de ses enfants. C'est un grand anxieux extrêmement culpabilisé, dominé par sa femme dont il admire l'équilibre.

La mère est l'élément dominant du couple. Seul élément féminin parmi cinq hommes (un quatrième garçon est né cette année). Elle organise la vie familiale et structure toutes les activités. Elle sent que son attitude envers Vincent n'est pas naturelle car elle surveille constamment ses propres réactions envers l'enfant. En fait, elle se sent elle aussi, impliquée dans les troubles de Vincent.

Bien que l'évolution clinique soit assez favorable, on demande un nouveau Rorschach.

3° - Rorschach le 17. 12. 1968 - (Mr PAULIEN) -

Ce dernier test indique une nette détérioration de l'intellect : Vincent laisse apparaître dans la structure de sa personnalité une rupture importante avec la réalité : la pensée se veut d'être essentiellement globalisante mais demeure à un niveau associatif très pathologique : les réponses globales proviennent de la combinaison absurde de deux ou plusieurs perceptions partielles qui se sont "téléscopées" dans le temps et aboutissent à une formulation unique, créant un rapport paradoxal. Ce type de réponse est caractéristique du syndrome schizophrénique.

De plus, apparaissent des réponses qui témoignent d'un besoin de dissocier, de partager. Il ne porte plus aucun jugement critique sur ce qui lui est suggéré, d'où un éloignement de la réalité. Par son manque de conformité, il ne collabore que très peu à la pensée de son entourage.

Le pourcentage des réponses animales et le pourcentage des réponses formelles

C O N C L U S I O N

- - - - -

Il s'agit d'un enfant de 9 ans et demi présentant depuis l'âge de 6 ans une encoprésie secondaire diurne et depuis l'âge de 5 ans une énurésie intermittente.

Cet enfant a été présenté à la consultation en 1966 pour les troubles du comportement suivants :

- (- tics,
-) - instabilité psychomotrice,
- (- anxiété.

Les troubles de l'enfant sont réactionnels à un contexte familial perturbé. La mère est rigide, structurée, dominatrice, peu affectueuse avec l'enfant. Elle lui impose une discipline sphinctérienne stricte et la pression éducative est importante dans tous les domaines : les parents sont tous les deux professeurs dans l'enseignement secondaire. Le père est un grand anxieux, culpabilisé, dévalorisé et psychorigide.

L'examen de l'enfant permet de mettre en évidence une grande anxiété avec instabilité psychomotrice, une forte agressivité anale avec réactions impulsives une insécurité en relation avec une image paternelle peu sécurisante.

L'enfant a été suivi en psychothérapie pendant un an puis en rééducation psychomotrice.

L'analyse des trois Rorschach pratiqués successivement en : 1967, avant la psychothérapie, au début de 1968 après la psychothérapie et fin 1968 montre une évolution extrêmement nette et défavorable.

- en 1967 : on note un manque du sens de la réalité avec anxiété, agressivité, impulsivité et insécurité.

- au début de 1968 : une nette amélioration avec une meilleure adaptation de la pensée à la réalité. Mais il demeure une agressivité anale mal inhibée avec recherche de petits détails. On note toujours l'anxiété, l'insécurité et l'impulsivité.

- fin 1968 : la psychothérapie est arrêtée depuis quelques mois. L'aspect clinique est satisfaisant mais le Rorschach justifie de grandes inquiétudes. Il montre en effet, une détérioration de l'intellect, une perte de contact avec la réalité, un besoin de dissocier, c'est-à-dire trois éléments évoquant un syndrome schizophrénique au début.

Bien que la clinique ne plaide pas actuellement pour une telle évolution, il faut garder une arrière pensée et suivre de très près cet enfant sur le plan psychiatrique. On sait en effet, que l'encoprésie peut être, rarement il est vrai, une des manifestations précoces d'un syndrome de discordance.

IIIe PARTIE

ETUDE CLINIQUE

Selon la définition déjà donnée, l'encoprésie est une défécation involontaire survenant chez un enfant ayant dépassé l'âge de 2 ans qui ne présente aucune atteinte du système nerveux.

1° - ETIOLOGIE -

Fréquence : c'est un symptôme beaucoup moins fréquent que l'énurésie, environ dix fois moins. Les études statistiques donnent des chiffres très variables allant de 1,5 % à 10 % de la population générale entre 2 et 15 ans.

Tous les auteurs ont retrouvé sa nette prédominance dans le sexe masculin : environ 4 garçons pour 1 fille. Dans notre étude, portant sur 13 observations nous dénombrons 3 filles pour 10 garçons.

L'âge d'apparition est variable mais dans 2/3 des cas se situe entre 4 et 10 ans ; l'encoprésie disparaît pratiquement toujours à la puberté. Il est intéressant de signaler que généralement il existe un grand laps de temps, 1 an ou 2, entre la date d'apparition du symptôme et la date de la consultation, lorsque toutefois celle-ci a bien été motivée par l'encoprésie ce qui n'est pas toujours le cas. Cette remarque nous permet deux hypothèses : soit le symptôme encoprésie est bien toléré par l'entourage ce qui exprime une certaine passivité ou inversement une complicité inconsciente soit plus souvent la famille est gênée par l'aveu du symptôme ressenti comme honteux et déshonorant.

Le milieu social ne semble pas influencer l'apparition du symptôme.

2° - FORMES CLINIQUES -

On distingue deux grands types d'encoprésie :

- l'encoprésie primaire l'enfant n'ayant jamais été propre.
- l'encoprésie secondaire dans laquelle a existé un intervalle libre

entre l'âge d'acquisition de la propreté et l'âge de l'apparition de l'encoprésie. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence relative de ces deux formes mais la plus part souligne la prépondérance de la forme secondaire. Pour notre part, sur 13 observations, nous avons relevé 10 encoprésies secondaires et 3 encoprésies primaires.

De même que l'énurésie, l'encoprésie peut être diurne ou nocturne ou encore mixte, mais contrairement à l'énurésie qui se manifeste plus fréquemment la nuit l'encoprésie est beaucoup plus souvent diurne. Parfois elle n'apparaît que dans certaines circonstances qu'il sera important de faire préciser : à l'école ou à la maison, en présence de certaines personnes, disparaissant en vacances.

L'encoprésie secondaire peut avoir fait son apparition à la suite de certains événements traumatisants pour l'enfant et qui ont joué le rôle de facteurs déclenchants : elle succède parfois à des incidents somatiques tels qu'une maladie intestinale ou autre, une intervention chirurgicale. Nous reviendrons plus loin sur l'importance des facteurs somatiques dans la genèse de l'encoprésie.

Plus souvent les événements traumatisants sont de nature psychologique : naissance d'un puiné; changement de milieu, départ de la mère, entrée en classe, mise en pension, dissociation familiale.

Le rythme et l'aspect des selles sont variables d'un enfant à l'autre. Il peut s'agir d'une simple souillure l'enfant donne l'impression de mal s'essuyer, ou au contraire de l'émission d'une selle complète. Les matières sont molles ou constipées, rarement diarrhéiques ou alors il s'agit d'une fausse diarrhée survenant après l'élimination d'un fécalome. Le rythme peut être quotidien ou pluri-quotidien. Chez d'autres enfants elle survient quelques jours par semaines ou par mois. Très souvent l'encoprésie est périodique, des périodes de propreté alternant avec des périodes de souillure.

Elle peut être éphémère, accident banal chez un enfant normal à l'occasion de certaines circonstances ; mais les formes durables sont fréquentes.

Contrairement à la plupart des auteurs, Debray a souligné récemment la fréquence des formes isolées d'encoprésie. Ce n'est pas ce qui ressort de l'analyse de nos observations qui met en évidence l'importance de troubles associés. Ces troubles sont d'ailleurs assez souvent motif à consultation et l'encoprésie datant de plusieurs mois ou années n'est retrouvé qu'à l'interrogatoire systématique. Cette dernière semble donc relativement bien tolérée tandis que les parents sont inquiétés rapidement par des troubles du comportement ou surtout des échecs scolaires. Sur 13 enfants examinés, 8 avaient été adressés pour encoprésie et énurésie et 5 pour d'autres raisons en particulier : retard de langage (1), difficultés scolaires (5), instabilité psychomotrice (3).

L'encoprésie peut être associée :

- à des troubles psychomoteurs,
- à l'énurésie,
- à des troubles du comportement,
- à des difficultés scolaires.

a) des troubles du développement psychomoteur :

Un retard dans l'acquisition de la marche et du langage est souvent noté. Par la suite le langage reste infantile, ceci entrant plus dans le cadre d'une immaturité affective que dans celui d'une immaturité physique. En effet, les études statistiques de M. Bellmann établies par rapport à une population témoin ne montrent pas de différence quant au développement physique entre le groupe d'enfants encoprésiques et le groupe d'enfants normaux.

Sur les 13 enfants examinés, nous avons noté 7 retards dans l'acquisition du langage (premiers mots à 2 ans) soit associés à un retard psychomoteur global (3) soit isolés (4). Quant à l'acquisition de la propreté, elle s'est produite à un âge normal (entre 18 mois et 2 ans et demi) dans tous les cas d'encoprésie secondaire, y compris chez les enfants ayant subi des méthodes d'éducation sphinctérienne rigides.

En ce qui concerne la latéralité : certains auteurs ont souligné la fréquence de la gaucherie parmi les enfants encoprésiques. Nous l'avons per-

sonnellement retrouvée chez 3 de nos enfants.

D'autre part, nous avons été frappés par la fréquence des troubles de la coordination motrice, avec mauvaise orientation temporo-spatiale et difficultés de structuration.

En résumé, l'encoprésie se développe assez souvent chez des enfants présentant des troubles psychomoteurs tels que retards de la marche ou du langage et plus particulièrement une incoordination motrice.

b) L'énurésie : Est très fréquemment associée à l'encoprésie (dans 42 % des cas selon Duhamel, dans 33 % des cas selon Kohler, 50 % des cas selon Kôupurnik). Généralement nocturne, mais pouvant être mixte ou diurne elle apparaît et guérit indépendamment de l'encoprésie, chaque affection évoluant pour son propre compte. Elles n'ont donc vraisemblablement pas la même signification et l'énurésie pourrait être un point d'appel pour l'encoprésie. Généralement elle persiste plus longtemps que l'encoprésie.

Hallgren en 1959 étudiant les relations entre énurésie et encoprésie remarque que l'énurésie primaire est plus fréquente que l'énurésie secondaire et que c'est l'inverse pour l'encoprésie. D'autre part, l'encoprésie est presque toujours diurne alors que l'énurésie est plus volontiers nocturne.

Dans notre étude, 11 enfants sur 13 ont aussi été énurétiques soit sous forme intermittente (2) soit sous forme durable (9). La plupart ont présenté des énurésies mixtes diurne et nocturne, les accidents de nuit s'étant prolongés à un âge plus avancé que ceux de jours, 4 enfants souffrent encore d'une énurésie nocturne alors que l'encoprésie a disparu.

c) Les troubles du comportement, les plus fréquemment rencontrés sont :

- les manifestations d'opposition avec colères, caprices, désobéissance, dirigées presque exclusivement contre la mère ; avec parfois une véritable agressivité sous forme de manifestations impulsives (fugue par exemple).

- les manifestations d'anxiété avec troubles du sommeil (3 fois), inquiétude et angoisse (5 fois), tics et bégaiement (3 fois), tremblement (1 fois).

- l'instabilité psychomotrice est fréquente, ces enfants pouvant rester en place ni à la maison ce qui exaspère leur mère, ni à l'école ce qui perturbe beaucoup la réussite scolaire : 6 sur 13 de nos enfants sont des grands instables moteurs.

Les auteurs d'inspiration psychanalytique pensent qu'encoprésie et instabilité psychomotrice ont une même origine : c'est l'incapacité pour l'enfant de domestiquer une tension interne dans des possibilités motrices et mentales organisées et qu'il échappent non sans plaisir dans l'agitation motrice. Mais alors que l'enfant éprouve un plaisir à retenir ses selles il n'en éprouve aucun à lutter contre le besoin d'agitation d'où une décharge immédiate.

- les troubles alimentaires expriment une revendication affective : chez 3 enfants nous avons trouvé une boulimie avec obésité, chez 2 autres des épisodes d'anorexie. On sait la signification de la boulimie qui traduit toujours une compensation orale à des frustrations affectives répétées.

- des attitudes de passivité avec inhibition, désintérêt, timidité, indifférence, se manifestent plus volontiers à l'école et entraînent un retard scolaire, 5 de nos petits malades sont dans ce cas.

En résumé, le trouble du comportement le plus fréquemment associé à l'encoprésie semble donc bien être l'instabilité psychomotrice et elle subsiste généralement après la disparition des troubles sphinctériens. Les attitudes d'opposition et de passivité sont le fait des 2 groupes d'enfants agressifs d'une part, inhibés d'autre part. Enfin, les troubles du sommeil s'inscrivent dans le cadre de l'anxiété et les troubles alimentaires expriment la revendication affective.

d) les difficultés scolaires : elles inquiètent souvent rapidement les parents qui sont très sensibles à la réussite de leurs enfants. Tous les auteurs ont souligné la fréquence de l'inadaptation scolaire 8 sur 10 pour Masson-Perenond, 50 % pour M. Bellman. Cette inadaptation entraîne un retard de 1 ou 2 ans, même chez les enfants à quotient intellectuel normal. Elle est la conséquence de problèmes affectifs de l'enfant qui s'expriment soit par une attitude de passivité : enfants distraits, inattentifs, désintéressés, correspondant à l'absence de stimulation affective, soit par une attitude d'opposition correspondant à une agressivité qui, ne pouvant s'ex-

primer à la maison, trouve son terrain d'élection à l'école. Deux de nos encoprésiques présenteraient des difficultés scolaires uniquement avec des professeur de sexe féminin, cette attitude correspondant à une agressivité contre la mère, déplacée sur la maîtresse.

D'autre part beaucoup d'entre eux sont considérablement gênés par l'instabilité psychomotrice : 8 de nos 13 enfants présentent d'importants problèmes scolaires.

En somme, il faut savoir rechercher devant des troubles du comportement ou des difficultés scolaires, l'existence éventuelle d'une encoprésie actuelle ou passée. Inversement devant un enfant encoprésique on pensera à interroger la mère sur l'éventualité d'autres troubles témoins de la perturbation de la relation mère-enfant : énurésie en particulier.

• 4° - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT -

Tous nos enfants ont été examinés sur le plan somatique par un pédiatre. L'étude de leurs antécédents ne donne pas d'éléments particuliers : maladies banales de l'enfance, développement psychomoteur normal sauf parfois pour la marche et surtout pour l'acquisition du langage qui accuse un retard dans 7 cas. Chez un seul enfant nous avons trouvé une constipation chronique.

L'examen somatique est normal, mis à part la constatation dans certains cas d'une obésité correspondant à la boulimie.

Nous avons pratiqué trois fois un électroencéphalogramme qui s'est révélé normal. Certains auteurs ont cependant retrouvé assez fréquemment des tracés immatures.

Le toucher rectal n'a pas été pratiqué systématiquement mais dans un cas a montré l'existence d'un fécalome intra-rectal et l'absence de réflexe anal. Certains auteurs, en particulier des gastro-entérologues tels que Duhamel se sont attachés à rechercher les facteurs somatiques de l'encoprésie. Certains apparaissent comme :

a - éléments déclenchants : Toute maladie banale de l'enfance ou intervention chirurgicale peut être suivie d'une encoprésie. En effet elles favorisent une régression car elles reproduisent pour l'enfant une situation de dépendance. Cette régression au stade anal serait plus

fréquente au décours d'affections intéressant le tube digestif : diarrhée, dyspepsie, subocclusion, constipation, qui font de l'intestin un point d'appel pour les symptômes nerveux.

Bennhold et Thomsen ont décrit en 1954 une encoprésie ayant suivi une intervention pour polype.

Kreisler publie une observation d'encoprésie chez un enfant de 8 ans ayant subi trois interventions pour imperforation anale et des séances de dilatation depuis l'enfance. Aucun élément somatique ne pouvant expliquer la persistance du trouble, on a pu conclure formellement à une origine psychogène liée à une fixation érotique anale.

Certains éléments somatiques accompagnent l'encoprésie :

b - éléments somatiques associés, ce sont :

- * la constipation (16 %)
- * les fécalomes
- * le mégasigmoïde et mégacolon.

Clément Launay, Koupernik et la plupart des auteurs pensent que ces éléments sont contingents, et secondaires à l'encoprésie.

C'est dans un climat d'opposition à la mère que s'instaure un mauvais fonctionnement intestinal : l'arrivée du boudin fécal à la fin du sigmoïde et dans le rectum n'entraîne plus la réponse évacuatrice normale d'où l'installation d'une constipation chronique. Cette dernière entraîne deux conséquences :

* la formation de fécalomes qui entretient elle-même le cercle vicieux de l'encoprésie en accentuant les sensations anormales de pesanteur et en émoussant la sensation de besoin. Le rectum est rempli de matières mais l'enfant ne ressent plus de besoin ce qui correspond à une véritable dyschésie. Anatomie et physiologie du sphincter sont normales, l'encoprésie apparaissant comme "une maladie de la commande psychique et non comme une maladie du sphincter" (Duhamel).

* l'augmentation passive de rectosigmoïde, créant un mégarectum fonctionnel qui existerait chez 1/3 des encoprésiques. L'un de nos enfants chez lequel l'interrogatoire montrait l'existence d'une constipation chronique et l'examen la présence de fécalomes dans le rectum a été radiographié car le diagnostic de mégacolon congénital avait été évoqué. L'enfant ne présentait pas de mégacolon radiologique mais simplement un

mégarectum fonctionnel secondaire à la stagnation fécale.

c - le problème du mégacolon congénital

Il est bien évident qu'avant de conclure à un mégacolon fonctionnel, il convient d'éliminer le mégacolon congénital ou maladie de Hirschprung qui s'accompagne fréquemment d'encoprésie.

Plusieurs auteurs en particulier Clément Launay, Hyatt, Pellerin ont rapporté des observations d'enfants restés encoprésiques après intervention pour mégacolon congénital et ont montré que, dans tous les cas, le trouble était d'origine psychogène. En effet, d'une part les parents et l'enfant sont rarement convaincus de la guérison, d'autre part il existe des perturbations de la relation mère-enfant pérennisées depuis des années par la lésion organique. Une psychothérapie simple a suffi dans tous les cas à faire disparaître le trouble.

d - facteurs organiques seuls en cause ?

Duhamel a récemment (1968) émis l'hypothèse, tout en insistant sur l'importance, par ailleurs, des encoprésies psychogènes - de l'existence d'encoprésies liées aux seuls facteurs organiques : il s'agirait de malformations anales mineures de nature congénitale, difficiles à objectiver,

- * implantations antérieures de l'anus
- * agénésies ganglionnaires limitées
- * anomalie de structure du sphincter

et auxquelles il faudrait penser chaque fois que l'on ne trouve pas d'énurésie associée, ni de perturbations psychoaffectives évidentes. (Étude électrique du sphincter - radios en incidence spéciale - biopsie).

En conclusion les éléments somatiques trouvés à l'interrogatoire ou à l'examen de l'enfant apparaissent :

- soit comme facteurs déclenchants, points d'appel de l'encoprésie,
- soit comme troubles associés secondaires à l'encoprésie et contribuant par la suite à sa pérennisation (fécalomes, mégarectums, constipation),
- enfin le problème d'encoprésies d'origine purement somatique a été soulevé par Duhamel très récemment.

5° - Evolution

Nous étudierons tout d'abord les différents modes évolutifs rencontrés chez nos enfants, puis les conceptions classiques sur l'évolution de l'encoprésie.

a) Evolution de nos 13 enfants :

Nous avons pu les réunir en quatre groupes,

- encoprésie passagère,
- encoprésie primaire,
- encoprésie secondaire disparue actuellement,
- encoprésie secondaire se poursuivant encore actuellement.

2 CAS d'encoprésie passagère (6 mois - 10 mois), observation n° 11 et n° 8, réactionnelle à un changement de milieu non accepté par l'enfant.

- l'un a été placé chez sa grand-mère,
- l'autre est venu chez sa mère, remariée, qui ne l'avait pas gardé depuis sa naissance.

Les troubles ont disparu avec la reprise de la situation antérieure. L'encoprésie correspond à une protestation contre un entourage inamical chez des enfants prédisposés, l'un par une carence affective grave, l'autre par une constipation chronique.

4 CAS d'encoprésie primaire dont 2 persistent encore actuellement, (observations n° 3 - 9 ans - et n° 9 - 7 ans -), les 2 autres ayant disparu à la suite d'un séjour hospitalier alors que les enfants avaient 7 ans (observations n° 4 et n° 12). Dans 3 cas sur 4 l'encoprésie primaire s'accompagnait de troubles du type inhibition et passivité, lenteur et dans tous les cas d'une grande immaturité affective avec attitudes de régression infantile (langage, jeux, troubles alimentaires).

L'un de ces cas est à l'heure actuelle en institut psychothérapique parce qu'il existe une grave perturbation de la relation mère-enfant.

3 CAS d'encoprésie secondaire se poursuivent encore actuellement chez des enfants âgés de : (6 ans - (n° 2)

) 8 ans - (n° 5)

(10 ans - (n° 13)

Ces trois enfants présentent en outre des troubles du comportement très importants. Pour 2 d'entre eux ce sont les conduites d'agressivité qui dominent avec opposition à la mère (n° 2) et (n° 13). Ces 3 enfants sont des anxieux, impulsifs, grands instables psychomoteurs. Ils ont tous les trois des problèmes scolaires. La gravité de la situation a amené à entreprendre pour deux d'entre eux un traitement psychothérapique et pour le troisième une rééducation orthophonique à visée psychothérapique.

4 CAS d'encoprésie secondaire ayant disparu actuellement. Les enfants n'ont pas été vus pour l'encoprésie mais pour d'autres troubles auxquels elle avait fait place (n° 1 - 6 - 10 - 7).

Dans 1 cas (n° 7) l'encoprésie a disparu récemment à la suite d'un séjour hospitalier mais l'enfant présente une grande instabilité psychomotrice avec immaturité affective.

Dans les 3 derniers cas, l'évolution est grave. 2 enfants ont dû être retirés de leur milieu familial et placés ; l'un deux est en institut psychothérapique, le troisième est suivi régulièrement en psychothérapie individuelle.

Ces 3 enfants ont été vus plusieurs années après la disparition de l'encoprésie. Ce sont tous les trois des enfants très opposés et agressifs envers leur mère ; ils présentent également des troubles du comportement tels que l'on envisage une évolution névrotique : anxiété, intolérance aux frustrations, grande agressivité avec culpabilité secondaire, tics, bégaiement. Tous trois sont de grands instables moteurs ce qui entraîne des difficultés scolaires ++

b) Modes évolutifs de l'encoprésie :

Certaines encopréxies guérissent très rapidement. Ce sont les formes passagères survenant à l'occasion d'un conflit peut profond et pour lesquels il suffit de quelques conseils donnés aux parents quant à leur attitude (rentrée en classe - travail de la mère) vis-à-vis de

l'enfant.

Plus intéressantes sont les formes durables ce qui est le cas des observations que nous présentons. Elles évoluent de la façon suivante :

1° - Disparition du symptôme encoprésie -

Le symptôme encoprésie disparaît toujours à l'âge de la puberté et se prolonge au plus tard jusqu'à 15 ans environ. Il peut évidemment s'effacer plus tôt, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement : rééducation intestinale, séjour hospitalier, psychothérapie surtout. Il est important de remarquer que cette disparition n'est pas synonyme de guérison. En effet, l'encoprésie supprimée, va laisser place à d'autres symptômes qui en seront ^{des} équivalents. L'enfant choisit une autre forme d'expression de ses conflits profonds.

C'est ainsi que l'on se trouvera devant le problème de :

2° - Troubles du comportement -

Ces enfants restent des anxieux présentant des troubles tels que :

- des manifestations d'opposition : colère, caprice, désobéissance,
- une instabilité psychomotrice, des tics, un bégaiement,
- des difficultés scolaires,
- des manifestations impulsives telles que la fugue,
- des manifestations d'inhibition avec passivité, timidité, inertie, paresse,
- des troubles correspondant à un déplacement de l'agressivité anale : emploi d'un vocabulaire ordurier, injures grossières,
- des troubles du sommeil correspondant à l'anxiété.

3° - Traits de caractère -

Parfois on retrouve chez l'ancien encoprésique devenu adulte des traits de caractère déterminés par les difficultés rencontrées dans l'enfance pendant le stade anal. C'est le caractère anal : obstination, goût de l'ordre de l'accumulation des collections, méticulosité ; parcimonie allant parfois jusqu'à l'avarice (Freud a pensé que l'argent était alors symbolique des feces retenues dans le rectum).

A l'opposé, on rencontre des formations réactionnelles à ces tendances : goût pour la saleté, prodigalité, désordre. Le caractère anal prédispose à l'évolution vers une névrose bien déterminée :

4° - La névrose obsessionnelle -

Les encoprésiques peuvent devenir des obsédés, cette névrose étant susceptible d'apparaître sous une forme mineure au cours de la période de latence.

Pour Freud, l'érotisme anal serait alors déplacé sur le processus intellectuels et la maîtrise de la motricité. Caricature de pensée normale, la pensée obsessionnelle a le souci de la précision, de la logique, de l'objectivité apparente. Elle lutte contre les fantasmes en la déplaçant sous forme d'obsessions qui envahissent la conscience.

La régression au stade sadique anal avait provoqué l'encoprésie ; devant les pulsions anales le Moi a élaboré un système de défenses qui constitue la névrose.

5° - Evolution vers une schizophrénie -

C'est une éventualité extrêmement rare mais qui mérite d'être signalée, l'encoprésie pouvant être un mode d'entrée dans la schizophrénie.

Nous avons parmi nos observations (n° 13) un enfant âgé de 10 ans dont l'évolution donne des inquiétudes dans ce sens, les tests de Rorschach successifs mettant en évidence une nette destruction de la pensée. Il est évident que le diagnostic d'évolutivité reste actuellement très hypothétique étant donné l'absence de signes cliniques plaidant en faveur de l'évolution psychotique.

6° - Conduites anti-sociales - Homosexualité -

Freud avait déjà rapproché sexualité anale, homosexualité et sadisme. Bachet en 1950 relève des antécédents d'encoprésie chez trois auteurs de crimes "accomplis avec fureur d'une part et hédonisme d'autre part". Ces individus étaient en outre des homosexuels.

Vaughan et Casthmore en 1954 décrivent des conduites anti-sociales chez d'anciens encoprésiques : vols, incendie, délinquance.

Cette évolution grave reste évidemment exceptionnelle.

IVe PARTIE

- - - - -

LE CONTEXTE D'ENVIRONNEMENT

Nous envisagerons successivement :

A - Les antécédents psychologiques de l'enfant.

B - L'attitude éducative parentale.

C - Le contexte affectif.

A - LES ANTECEDENTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ENFANT

Dès 1934 Schachter avait noté la fréquence d'enfants illégitimes ou orphelins parmi les encoprésiques. Bien qu'aucun de nos enfants ne soient dans ce cas là, il paraît intéressant de noter que pour 4 d'entre eux la grossesse a débuté alors que la mère n'était pas mariée et qu'ainsi la venue non désirée de l'enfant a fait le lit de perturbations futures de la relation mère-enfant. Grossesse non désirée, donc grossesse mal acceptée, émaillée de troubles somatiques et de problèmes psychologiques.

Cette situation explique en partie qu'une proportion importante de nos petits malades ait subi de multiples placements extra-familiaux : 3 enfants sont placés successivement depuis leur naissance, soit en institution, soit chez une nourrice ; 3 autres résident en permanence chez leur grand-mère, 1 autre est à l'Assistance Publique. Soit 7 enfants sur 13 pour lesquels la séparation d'avec la mère signifie rejet. Tous les auteurs insistent sur la fréquence des antécédents de placement chez les enfants encoprésiques entraînant un changement d'image maternelle et témoignant des difficultés de la mère à assumer son rôle.

L'étude de ces antécédents permet de mettre en évidence certains événements traumatisants d'ordre psychologique ayant pu jouer le rôle de facteurs déclenchants :

- départ du père ou de la mère,
- naissance d'un puiné,
- entrée à l'école (3 de nos enfants)
- changement de nourrice.

B - L'ATTITUDE EDUCATIVE PARENTALE

Nous décrivons l'éducation sphinctérienne proprement dite, puis l'attitude éducative en général.

1° - L'éducation sphinctérienne : son importance

Sur un plan très général, d'ordre socio-économique, les progrès accomplis depuis 50 ans en matière d'hygiène et l'accession au confort de la plupart des familles, ont amené les mères à être plus exigeantes envers leurs enfants en ce qui concerne la propreté. Avant 1900 rien n'était tenté sur le plan éducatif entre 2 et 3 ans ; l'enfant jouissait d'une grande liberté pour la préhension du monde extérieur et la manipulation d'objets.

D'autre part, pour une même population on note des différences importantes suivant le niveau social, les ruraux ayant tendance à négliger tout apprentissage, les urbains riches de lectures pédagogiques astreignant leurs enfants à une éducation plus précoce.

Les exigences maternelles en ce qui concerne la propreté ne sont donc pas dissociables du contexte socio-culturel.

C'est Freud, qui le premier en 1924, a pensé que la prédisposition à une fixation anale était déterminée pour une grande part, par la nature de l'éducation sphinctérienne expérimentée par l'enfant : "les méthodes coercitives aussi bien que la négligence ou un apprentissage trop tardif, peuvent conduire à cette évolution". Cependant Freud ajoute qu'il est possible qu'existe un facteur constitutionnel prédisposant l'enfant et qu'il a appelé "Anal stamp".

Il paraît bien exister effectivement une relation entre l'éducation sphinctérienne et l'encoprésie mais comme le pense Prugh (1954), il semble s'agir plus d'un effet de suggestion, d'inspiration, survenant sur un terrain particulier qui est peut être le facteur constitutionnel de Freud.

- en effet, beaucoup d'enfants subissent une éducation sphinctérienne anormale (coercitive ou négligée) et ne développent ni

encoprésie, ni caractère anal.

- inversement, certains enfants encoprésiques ont reçu une éducation sphinctérienne normale.

Il ne semble donc pas que la théorie éducative puisse expliquer à elle seule la genèse de l'encoprésie. Elle apparaît plutôt comme un des éléments contribuant à cette genèse et sans doute comme l'élément le plus important.

a) L'analyse de la littérature montre qu'une forte proportion de mères d'encoprésiques a employé des méthodes rigides d'apprentissage. Certaines mères demandent brusquement un contrôle alors qu'elles n'y ont pas préparé l'enfant, ce qui entraîne parfois chez lui une peur du pot. D'autres éduquent les enfants d'une manière coercitive et les amènent à contrôler leur fonction intestinale trop précocement. Elles leur font subir de longues stations sur le pot, employant laxatifs et suppositoires, ou entourent la défécation d'un véritable cérémonial.

Huschker en 1942 a élaboré des critères de mesures coercitives qui sont les suivants :

- grande pression éducative : apprentissage débutant avant 8 mois, propreté acquise à 18 mois, méthodes de pression physique (rigidité, mise sur le pot fréquente, suppositoires, laxatifs). Pression psychologique.

- éducation normale : débutée entre 9 et 23 mois, complète entre 18 et 30 mois : techniques de coopération.

- éducation négligée : aucun apprentissage avant 24 mois.

Ces techniques rigides sont le fait de mères présentant des traits de caractère obsessionnel et chez lesquelles il faudra rechercher un goût inhabituel de l'ordre, de la propreté, de ces mères dont les enfants sont toujours impeccablement tenus car elles ne supportent aucune négligence. L'encoprésie apparaît alors comme une opposition envers des méthodes contraignantes, la pression éducative l'entretenant. En effet, en exigeant de l'enfant non seulement la propreté mais encore une stricte régularité dans l'exercice de ses fonctions excrémentielles, l'éducation met son narcissisme à une première et rude épreuve. La plupart des enfants s'adaptent, le sentiment d'autosatisfaction étant remplacé par la joie de la

réussite et la gratification parentale. L'enfant compense la perte de plaisir par l'amour qu'il reçoit pour sa bonne conduite. L'éducation sphinctérienne même à base de méthodes contraignantes doit donc être envisagée dans la totalité de la relation mère-enfant, les conflits surgissant au moment de l'apprentissage n'étant souvent qu'une conséquence parmi tant d'autres de la perturbation de cette relation.

b) Une autre cause trouvée chez un petit nombre d'encoprésiques est l'absence de tout apprentissage.

Des études sur la psychologie de l'apprentissage ont montré que^s l'opportunité d'une stimulation est manquée, le développement peut être arrêté. Ceci est le fait des mères négligentes ne s'intéressant pas à leurs enfants.

Pour notre part, nous avons trouvé 4 mères ayant employé des méthodes contraignantes au moment de l'apprentissage de la propreté (méthodes de dressage sévère : punitions, laxatifs.

L'une d'elle faisait faire à l'enfant ses besoins avec elle jusqu'à l'âge de 6 ans).

Une mère a négligé toute éducation. De toutes façons, il n'est pas toujours facile de faire préciser aux mères de famille leur attitude au moment de l'apprentissage de la propreté soit parce qu'elles n'y ont pas pris attention, soit parce qu'elles le cachent.

2° Par contre, il est plus facile d'appréhender la pression pédagogique qui s'exerce sur l'enfant dans le milieu familial. Nous l'avons trouvé 3 fois de manière extrêmement nette sous la forme d'une véritable pédagogie au foyer, avec reprise des devoirs et des leçons, organisation très structurée, atmosphère perfectionniste.

C - LE CONTEXTE AFFECTIF -

Son étude est capitale, l'enfant encoprésique devant être situé dans son cadre familial en essayant de mettre en évidence les altérations relationnelles et le contexte affectif.

1° - Tous les auteurs ont signalé la fréquence des couples dissociés ou ayant de graves problèmes d'entente conjugale.

Pour notre part, sur 13 enfants nous avons trouvé :

- 4 couples dissociés, soit divorcés, soit en instance de divorce,
- 2 mésententes graves avec menaces de divorce,
- 1 enfant placé par les services de l'Aide à l'Enfance, né d'un père inconnu,
- 1 enfant dont le père a été tué en Algérie et dont la mère s'est remariée ce qui pose de gros problèmes à l'enfant, le beau-père le rejetant.

Au total, 8 enfants sur 13 ont donc une vie familiale perturbée gravement par la dissociation du foyer.

2° - La mère et les relations mère-enfant :

Bien qu'il ne soit pas possible de tirer un portrait-type de la mère d'encoprésique, nous avons pu isoler un certain nombre de traits assez caractéristiques.

La plus fréquemment rencontrée est, la mère dominatrice, castratrice, dirigeant et organisant la vie familiale, dévalorisant son époux et son enfant. Elle se montre agressive et rejetante envers l'enfant, punitive et sévère. Cette mère est souvent peu affectueuse, froide, exigeant beaucoup des enfants, les carençant affectivement. Nous avons trouvé 8 fois ce type de mère.

A l'opposé, on voit parfois des mères passives, négligentes, s'occupant peu de leurs enfants. Nous l'avons rencontré 3 fois.

Certaines mères présentent des traits obsessionnels (manie de la propreté, de l'ordre). D'autres sont passées au stade névrotique avec décompensation sous forme d'accès dépressifs. Généralement, ces accès dépressifs sont secondaires aux problèmes conjugaux. Nous avons 2 mères qui entrent dans ce cadre.

Enfin, on trouve des mères anxieuses, culpabilisées par leur agressivité qu'elle compense sur le mode d'hyperprotection. En réalité, quelque soit leur type, toutes les mères d'encoprésiques sont agressives envers leur enfant, agressivité réactivée par les troubles sphinctériens et les troubles du comportement de l'enfant. Parfois, elles sont rejetantes au point de placer l'enfant pendant de nombreuses années loin d'elles, créant ainsi des situations pseudo-abandonniques. Très souvent, elles identifient l'enfant au père dévalorisé.

3° - Le père : apparaît le plus souvent au second plan, ne jouant qu'un rôle effacé, et ceci d'autant plus qu'il est souvent absent du foyer ; la mère a généralement la garde de l'enfant lorsque le couple est séparé. Très souvent (4 fois pour notre part) ce père est dévalorisé, dominé et pris en charge par sa femme.

La relation père-enfant reste médiocre, peu satisfaisante. Dans 2 de nos cas, il s'agit d'un beau-père exigeant et rejetant, dans 1 cas d'un père anxieux et culpabilisé.

4° - Les frères et soeurs : ne jouent pas un rôle important, mais nous avons cependant noté plusieurs fois des problèmes de rivalité.

5° - Les grands-parents : jouent souvent un rôle important auprès d'un enfant qu'ils ont pris en charge. L'enfant ayant une relation ambivalente avec sa mère, déplace son agressivité sur eux assez fréquemment.

Ve PARTIE

- - - - -

L'ENCOPRESIE - SYMPTOME : SA SIGNIFICATION

Il n'y a pas de portrait type de l'enfant encoprési-
que de même qu'il n'y a pas de mécanisme psychopathologique unique à l'en-
coprésie.

Dans une première partie, nous décrirons donc la per-
sonnalité de l'enfant encoprésique, dans une seconde partie nous exposerons
la conception psychanalytique, enfin dans une troisième partie nous tente-
rons de délimiter les grands cadres nosologiques de l'encoprésie.

I - LA PERSONNALITE DE L'ENCOPRESIQUE

Nous décrivons :

- les traits psychologiques les plus fréquemment retrouvés,
- l'insertion de ces traits dans un contexte psychopathologique.

A - LES TRAITS PSYCHOLOGIQUES HABITUELS -

Les traits psychologiques ont été mis en évidence au cours de l'entretien d'abord avec l'enfant, à l'analyse des troubles de son comportement et enfin à l'aide des tests projectifs (Rorschach - Pickford - T.A.T. - Patte Noire - Dessin). D'autre part, cette étude s'est très souvent poursuivie et complétée au cours de la prise en charge psychothérapique.

En fait, il est toujours très difficile de savoir si ces données de l'image mentale de l'encoprésique sont un facteur causal ou une conséquence du trouble, celui-ci existant généralement depuis longtemps lorsque les enfants sont examinés.

En effet, ces enfants créent presque toujours autour d'eux un climat défavorable dans lequel entrent en jeu une série de facteurs intercurrents.

Les traits psychologiques les plus fréquemment rencontrés sont :

- l'anxiété,
- l'immaturité affective,
- l'agressivité.

1° - L'anxiété est souvent rencontrée par tous les auteurs (environ 40 % des cas). Pour notre part, nous l'avons trouvée 6 fois de façon manifeste. Elle s'exprime sous la forme de troubles du comportement : inquiétude, cauchemars, troubles du sommeil, angoisse, bégaiement, instabilité.

Cette anxiété peut au maximum se traduire par une peur, une phobie des W.C., nous n'avons pas de cas dans notre série.

L'anxiété se manifeste également, sous la forme d'un sentiment d'insécurité avec recherche d'une image paternelle sécurisante. Ces enfants souffrent beaucoup de la domination de leur mère sur un père dévalorisé. L'anxiété est ainsi entretenue par le déséquilibre familial entre une mère froide et agressive et un père inhibé et peu sécurisant.

2° - L'immaturation effective se traduit par des attitudes d'inhibition et de passivité. Ce sont des enfants timides, extrêmement dépendants de leur mère mais aussi très ambivalents. Ils ont d'énormes difficultés à assumer au sein d'un entourage écrasant.

Cette immaturation est souvent secondaire à la carence affective éprouvée par l'enfant du fait de la dissociation du foyer ou du rejet maternel. L'immaturité existait auparavant mais a certainement été aggravée par le symptôme. Elle se traduit aussi par des attitudes infantiles auprès de la mère et, à l'école, par la fréquentation des plus petits. Elle s'exprime dans le retard scolaire et l'indifférence aux activités proposées.

Infériorisés, dépendants, repliés sur eux-mêmes, inhibés et hyperémotifs, ce sont ces enfants que Koupernik a appelé "les infantiles régressifs passifs".

3° - L'agressivité est le trait de caractère le plus fréquemment retrouvé. Elle s'exprime dans les troubles du comportement du type opposition, soit directement vis-à-vis de la mère, soit déplacée sur une grand-mère ou une maîtresse d'école. Ce sont des enfants coléreux, intolérants aux frustrations, dont l'agressivité apparaît très nettement aux tests projectifs. Ce sont les enfants classés par Koupernik dans le type "sthenique". Cette agressivité est secondairement culpabilisée sous forme d'une autoagressivité très proche du masochisme. Certains encoprésiques cherchant inconsciemment les réprimandes et les punitions. Ils aiment être traités avec dégoût et mépris. En fait, il n'est pas facile de dire si ce masochisme est primaire ou secondaire à l'encoprésie. Nous avons noté chez 4 enfants, une culpabilité très accusée.

Ces traits se regroupent le plus souvent pour donner deux types d'enfants :

Immaturité	Agressivité
Inhibition	Autoagressivité
Passivité	
<u>Anxiété</u>	

En fait cette classification est trop schématique et l'on se doit d'étudier l'insertion de ces traits dans un contexte psychopathologique.

B - LE CONTEXTE PSYCHOPATHOLOGIQUE -

Les traits psychologiques peuvent être isolés ou s'inscrire dans un contexte évocateur :

1° - le problème de la débilité mentale - a été soulevé par plusieurs auteurs qui avaient remarqué une plus forte proportion de débiles parmi les encoprésiques. Pour notre part, nous avons 7 quotients intellectuels au-dessus de 93 et 6 autres entre 70 et 90. En fait, les études statistiques importantes telles que celles réalisées par M. Balmann ne montrent pas de différences significatives entre encoprésiques et contrôles.

De toutes façons, chez le débile, le problème affectif est aussi au premier plan et ne doit pas être négligé. Il est secondaire au défaitisme parental entraînant une négligence ou à la carence affective avec rejet inconscient de l'enfant diminué.

2° - Le caractère anal est trouvé de temps en temps : (3 fois chez nos enfants) - goût pour les collections, les jeux de sable, de boue, la saleté en général - avec chez l'un des enfants une ébauche de caractère obsessionnel (esprit absorbé par les chiffres).

Nous renviendrons sur le caractère anal dans le chapitre traitant de la conception psychanalytique de l'encoprésie.

3° - La névrose a été redoutée dans 2 cas où existaient de graves troubles de la relation mère-enfant. Les enfants ont dû être placés en institut psychothérapique.

4° - L'évolution psychotique est rare, mais son éventualité ne peut pas être ignorée lorsque l'on se trouve en face d'un encoprési- que. Dans l'une de nos observations, l'encopréisie se développe parallèlement à une destructuration progressive de la pensée qui n'est pas sans nous inquiéter.

5° - Enfin les réactions de l'enfant au symptôme encopréisie sont variables suivant le mécanisme de sa formation. Certains enfants semblent indifférents, d'autres honteux, enfin certains sont franchement agressifs disant à leur mère ("je le fais exprès" - 3 cas). Ces derniers ont besoin du symptôme pour s'exprimer dans leurs relations familiales.

II - SIGNIFICATION PSYCHANALYTIQUE

DU SYMPTOME ENCOPRESIE

Freud publie en 1908 un travail intitulé "Caractère et érotisme anal" à la lumière duquel ses successeurs vont tenter de démembrer et d'interpréter l'encoprésie. De nombreux psychanalystes s'y sont intéressés soit à l'occasion de cures psychanalytiques d'enfants encoprésiques, soit parce qu'ils traitaient des adultes qui l'avaient été.

Lehmann en 1944 rapporte 4 cas de psychothérapie d'enfants encoprésiques. Fenichel en 1945 l'interprète comme un symptôme de conversion hystérique exprimant des conflits inconscients. Occasionnelle, elle serait un équivalent d'anxiété ; habituelle, un substitut de masturbation signant une organisation érotique anale.

Prugh, Wermer et Lord en 1954 insistent sur le caractère fréquemment obsessionnel de la mère. En 1955 Luquet-PARAT pense que l'encoprésie témoigne d'un Moi faible qui risque de mal évoluer secondairement.

Anna Freud en 1963 détermine 4 stades dans l'acquisition de la propreté.

Lustman en 1966 et Sbane en 1967 rapportent 2 psychanalyses d'enfants présentant une encoprésie de longue durée.

Ces travaux ainsi que ceux de Kresler, Fain et Soulé concernant les troubles psychosomatiques de l'enfant, nous ont permis d'isoler les éléments suivants.

En 1924 Freud interprète l'encoprésie comme une fixation ou une régression au stade anal déterminées par deux facteurs :

- un facteur éducatif "que ce soient les méthodes coercitives et précoces ou la négligence et l'entraînement tardif".
- un facteur constitutionnel qu'il appelle : "anal stamp".

D'autre part, il émet l'hypothèse que les impressions subies au cours de l'évolution libidinale infantile laissent des traces inconscientes qui déterminent plus tard "le caractère de l'individu s'il s'agit d'un sujet sain et la symptomatologie de la névrose s'il s'agit d'un futur malade". Ainsi, des conflits nés au moment du stade anal donneront naissance à un type de caractère particulier appelé caractère anal, ce caractère

prédisposant à la névrose obsessionnelle.

Effectivement les traits de caractère anal se retrouvent fréquemment chez les enfants encoprésiques et chez ceux qui l'ont été, sous forme de séquelles. Ce caractère peut être défini par trois traits principaux : - l'amour de l'ordre, le classement, le rangement avec un goût pour les collections et une angoisse de la séparation.

- la valeur symbolique de l'argent assimilé aux selles retenues, se traduisant par une parcimonie allant parfois jusqu'à l'avarice.

- l'obstination pouvant aller jusqu'à l'opposition violente.

Le caractère anal peut aussi s'exprimer sous l'aspect de formations réactionnelles telles que :

- le goût pour la saleté, la manipulation des matières, les jeux fécaux ou leur sublimation : goût pour la peinture, le modelage, la boue, les jeux de sable ; ou encore leurs équivalents : emploi de mots grossiers, écriture sale, cahiers tachés, tenue négligée.

- tendance aux cadeaux, prodigalité.

L'analyse de nos observations permet effectivement de retrouver à plusieurs reprises ces traits de caractère et ces manifestations soit accompagnant l'encoprésie, soit la remplaçant lorsqu'elle a disparu : 2 enfants manifestaient un goût particulier pour les collections, 2 autres se plaisaient dans des activités à manipulation manuelle, 1 autre employait constamment un vocabulaire grossier.

Après ces considérations générales, nous allons envisager les différents types d'enfants encoprésiques décrits par les auteurs d'inspiration psychanalytique.

A - L'ENFANT ENCOPRESIQUE POUR LES PSYCHANALYSTES

- - - - -

Les psychanalystes ont décrit trois types d'enfants encoprésiques :

1° - Le type passif appelé encore type "clochard" par analogie avec la conduite sociale correspondante. Ce sont des enfants qui "se laissent aller" ; les selles émises sont généralement molles, en "bouse de vache". Le contexte familial est fait d'abandon et de carence affective.

Ce type d'encoprésie correspondrait à un sentiment profond d'abandon se traduisant par une absence d'intégration de l'éducation sphinctérienne.

Ces enfants échappent à la dépression grâce à l'investissement agressif envers le monde extérieur que comporte le trouble. D'ailleurs, lorsque l'encoprésie a disparu elle fait souvent place à des manifestations agressives et d'opposition.

2° - Le type actif ou "délinquant". L'encoprésie apparaît chez ces enfants comme une manifestation volontaire, l'émission en dehors des règles établies de selles moulées, présentant un plaisir évident. Leur vie fantasmatique et pauvre car tout s'exprime dans le comportement. Les parents paraissent le plus souvent débordés par ces enfants mais aussi débordés eux-mêmes par la vie.

3° - Le type pervers chez lequel l'encoprésie correspondrait à une manifestation ectopique de la génitalité, à un érotisme anal prolongé, à une véritable masturbation. L'encoprésie serait alors une fixation authentiquement érotique, l'enfant éprouvant une sensation particulière de plaisir lors du passage des matières et ne l'éprouvant véritablement que lorsqu'il peut la provoquer à son aise en dehors des cabinets : c'est une forme de perversion.

Parfois, l'enfant laisse les matières s'accumuler au maximum dans le rectum et la distension de ce dernier dépassant sa volonté les laisse s'échapper dans la culotte.

Dans une analyse d'adulte Stekel rapporte que lorsque son patient était enfant il avait l'habitude de garder longtemps ses selles "puis il s'amuse à les faire entrer et sortir à travers le sphincter anal jusqu'à ce qu'il obtienne une sensation de plaisir" ; en même temps il se salissait toujours et était puni.

Un enfant décrit par Kreisler s'isole tous les après-midis dans sa chambre, s'accroupit, "s'abstrait dans une attitude de jouissance évidente indifférent à ce qu'il se passe autour de lui" puis il court aux W.C. en se salissant entre temps. L'enfant interrogé sur cette pratique dit "se retenir tous l'après-midi et s'amuser à se retenir très fort ce qui lui donne beaucoup de plaisir". Cette habitude peut être considérée comme un début de structuration perverse de la personnalité.

Le symptôme encoprésie n'est pas considéré par les psychanalystes comme un symptôme hystérique car l'hystérie déplace la zone érogène devenue conflictuelle sur une partie du corps n'ayant pas spécialement une valeur sexuelle ce qui n'est pas le cas des encoprésiques.

Quelque soit le type d'enfant un certain nombre de caractères leur sont communs :

- l'encoprésie évolue en deux temps : dans un premier temps c'est une pratique autoérotique c'est-à-dire provoquant une excitation plaisante ; dans une deuxième temps la réaction de l'entourage lui confère rapidement une valeur relationnelle. Elle vient compenser des expériences primaires frustrantes avec la mère et maintient un contact étroit avec le milieu qui réagit violemment à cette pratique. Ces considérations mettent l'accent sur la notion de tolérance du milieu aux troubles de l'enfant. L'encoprésie est une "conséquence secondaire des réactions des parents et du milieu aux différentes pertes de maîtrise survenant chez les enfants à la suite d'une situation conflictuelle.

- même dans les cas apparemment superficiels, existe une infiltration profonde de la personnalité par le processus pathologique ; celle-ci est due aux difficultés survenues au moment de la constitution du trouble c'est-à-dire à la phase anale du développement. Les encoprésiques ne peuvent utiliser les moyens de défense habituels que l'on trouve chez les obsessionnels comme par exemple l'élaboration de la pensée : ils sont donc contraints à passer à l'acte. Ce passage à l'acte est le signe d'une fragilité particulière du Moi secondaire à une perturbation grave de la relation mère-enfant, les encoprésiques étant toujours des enfants ayant subi une carence importante sur le plan affectif. L'encoprésie témoignerait ainsi de l'existence d'un Moi faible ce qui lui confère un pronostic péjoratif.

III - LES GRANDS TYPES D'ENCOPRESIE

Au terme de cette étude nous avons essayé de grouper les différents facteurs entrant en jeu dans la formation de l'encoprésie de façon à déterminer quelques grands types psychopathologiques d'encoprésie.

L'ENCOPRESIE PRIMAIRE

Elle est l'expression d'une fixation infantile, l'enfant adoptant un mode réactionnel très régressif. Cette fixation peut s'intégrer dans un tableau du retard global secondaire à une carence affective et éducative. Le milieu est souvent fruste ; la mère a négligé toute éducation et s'intéresse peu aux enfants. Ceux-ci sont immatures, inhibés, infantiles et passifs.

L'ENCOPRESIE SECONDAIRE

Nous trouvons dans celle-ci deux types d'enfants.

1° - Le type infantile passif chez lequel l'encoprésie correspond à une régression au stade anal.

L'enfant pour faire plaisir à sa mère a acquis une pseudomaturité mais celle-ci est instable. Les conflits expérimentés à la période anale le rendent sensible si bien que lorsque d'autres conflits surviennent, même sans rapport avec la défécation, l'enfant régresse au stade mal acquis et devient encopré-sique.

2° - Le type agressif est le plus fréquent. L'enfant exprime dans le symptôme encoprésie, sa protestation, son opposition, sa révolte contre une mère dominiatrice et rejetante. Ces enfants sont extrêmement ambivalents, alternant entre opposition et extrême dépendance à la mère.

L'encoprésie est ici l'expression d'une agressivité sadique anale dirigée contre la mère.

Cette agressivité est secondairement culpabilisée avec sentiments d'autoagressivité, d'autopunition, de dévalorisation pouvant correspondre à un véritable masochisme.

Il s'établit alors entre l'enfant et sa mère une relation de type sado-masochiste.

C O N C L U S I O N S

- - - - -

1° - Notre étude a porté sur 13 encoprésiques chez lesquels nous nous sommes attachés à déterminer les principaux traits psychologiques afin de cerner la signification du symptôme.

2° - En fait, les enfants encoprésiques sont très différents. La signification du symptôme n'est pas univoque mais il existe dans tous les cas des troubles de la relation mère-enfant.

3° - L'étude psychologique et psychiatrique fait ressortir un certain nombre de traits parmi lesquels on retient : anxiété, immaturité, agressivité.

4° - Sans vouloir schématiser à l'extrême, on peut retenir deux types d'encoprésie :

- * l'encoprésie primaire correspondant à une fixation anale.

- * l'encoprésie secondaire signant une agressivité culpabilisée.

Dans les deux cas, le symptôme peut conserver un caractère purement réactionnel ou s'inscrire dans un contexte névrotique ou psychotique.

Le Président de la Thèse :

Professeur J. BALLIVET,

VU et permis d'imprimer

Dijon, le 11. 1. 1969

Le Doyen,

Professeur F. CABANNE

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION -

- Ie PARTIE - I - la défécation chez l'enfant normal

II --Définition

III - Historique

- IIe PARTIE : Observation personnelles

- IIIe PARTIE : Etude clinique

- 1° - Etiologie,
- 2° - Types cliniques,
- 3° - Troubles associés,
- 4° - Examen somatique,
- 5° - Evolution

- IVe PARTIE : Le contexte d'environnement

- 1°- Antécédents de l'enfant,
- 2° - Attitude éducative,
- 3° - Contexte affectif.

- Ve PARTIE : L'encoprésie-symptome - Sa signification.

- 1° - La personnalité de l'encoprésiq
- 2° - Conception psychanalytique de l'encoprésie
- 3° - Les grands types d'encoprésie.

- CONCLUSIONS -

B I B L I O G R A P H I E

- - - - -

- ABRAHAM K. Complément à la théorie du caractère anal.
Revue française de Psychanalyse mars-avril 1960, tome XXIV n° 2
- ABRAHAMS D. Traitement de l'incontinence fécale par l'imipramine.
Am. J. Psychiat. mars 1963 - 119 - n° 9
- ALBRECHT-HOFFMANN - L'encoprésie chez l'enfant.
Nervenarzt, Juin 1950-21 - n° 6
- ANTHONY E.J. An experimental approach to the psychopathology of childhood :
Encopresis.
the British Journal of medical psychology 1957 - volume 30 n° 3
- AUBIN H.B. - MAGNUS - De quelques aspects de l'encoprésie.
Ann. Méd. psychol. Janvier 1962 - 120 n° 1 - 181
- BACHET N.M. Antécédents d'encoprésie infantile rencontrés chez les auteurs
de crimes accomplis avec fureur d'une part et hedonisme d'autre
part.
Ann. Méd. psychol. 1950 108 - 11
- BADER J. P. Réflexions sur l'encoprésie infantile.
La Médecine Infantile n° 8 - octobre 1960
- BELLMAN M. Etudes sur l'encoprésie.
Acta - Paed - Scand. 1966, suppl. 170
- BERG I - JONES K. V. Incontinence fécale fonctionnelle chez l'enfant.
Arch - Dis - Child. octobre 1964 - 39 n° 207

BIERMANN - L'encoprésie en tant que réaction psychogène chez l'enfant.

M Schr. Kinderh - avr. 1952 100 - n° 4 - 228

BIERMANN G. Die Bedeutung des Malens für die Diagnostik und Therapie des Enkopresis.

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Göttingen 1960 - 9 n° 2

BURNS - Encopresis

British Medical Journal.

1941 - 2 - 767

CALZADA Ramon - Incontinence d'origine psychique des matières.

Revue espagnole de Pédiatrie 1951 - T. 7 n° 1

COEKIN M. - GAIRDNER D. L'incontinence fécale chez l'enfant.

British Medical Journal - oct. 1960 - n° 5207

DAYMAS - LUGASSY S. Anorexie - Enurésie - Encoprésie chez l'enfant.

Evol. Médicale 1965 - 9 - n° 3 ter

DEBRAY P. Contribution à l'étude de l'encoprésie de l'enfant.

Concours médical - janv. 1968 - n° 2 269

DEBRAY P. Une pratique d'offrande affective en thérapeutique pédopsychiatrique. Entretiens de Bichat. Paris 1965

DIATKINE - La notion de régression

Evolution psychiatrique - 1957 III juillet - septembre

DUCHE D. Encoprésie - Essai de classification.

Entretien de Bichat - Médecine 1957 - 179-180

DUCHE D. J. Les manifestations ectopiques de la genitalité

Revue de neuro-psychiatrie infantile - janv. Fév. 1959

DUCHE D. J. Arriération affective

Médecine infantile 1963 - 70 - 517

DUHAMEL J. L'incontinence anale des encoprésies.

Arch. Mal. app. digestif - Juillet-Août 1962 51 - N° 7-8 bis 88

DUHAMEL - KOUPERNIK. A propos de 33 cas d'encoprésie.

Arch. française de Pédiatrie 1957 XIV n° 10

DUHAMEL J. - NGO BINH - Névroses ano-rectales - Encoprésie

EMC - Estomac - Intestin - 1968 9087 F 10

DUHAMEL - NGO BINH - Démembrement de l'encoprésie

Vie médicale mai 1968

DUHAMEL J. La peur ou hantise de l'exonération chez l'enfant

Vie Médicale mai 1968 - 49

ELLER H. A propos de l'encoprésie de l'enfant

Meschr Kinderh. sept. 1960 108 n° 9 - 415 - 421.

FREUD Anna - Le Moi et les mécanismes de défense

PUF 1967

FREUD Anna Le Normal et la Pathologique chez l'enfant.

NRF 1968

FREUD S. Caractère et érotisme anal - 1908

Les transformations de la pulsion et en particulier dans l'érotisme anal.

Trois essais sur la théorie de la sexualité - 1924

GAIRDNER D. Incontinence d'urine ou de fèces

Brit. Med. Journ. juillet 1965 - n° 5 453

GIANZMANN E. Zur psychopathologie der Encopresis

Journal de Psychiatrie infantile 1934 - 69 - 70

GOTT H. Incontinence anale et encoprésie chez l'enfant
Deutsche med. Wschr 16 Janv. 1959 - 84 n° 3

GROSS R. - HOLCOMB Georges N. - SWAN Henry -
Treatment of neurogenic urinary and fecal incontinence in children
Archives of Surgery - Chicago - 1953 - 66 - n° 2

GRUNBERGER B. - Etude sur la relation objectale anale
Revue française de Psychanalyse
mars - avril 1960 - Tome XXIV n° 2

GUERRE J. L'incontinence anale
Concours médical 27 oct. 1962 - 84 - n° 43

HUSCHKA M. The child's response to coercive bowel training
Psychosom. Med. 1942 - 4 - 201

JEKELIUS E. Incontinentia alvi im Kindesalter
Arch. Kinderheilk - 1936 - 109 - 129

KANNER - Child psychiatry 1950
p. 405 - 410

KENYTON J. Constipation and encopresis. A paediatrician's view society for
psychosomatic research - Study group of psychosomatic aspects of
Paediatrics. Oxford - Pergamon Press 1961 - 4 - 8

KOHLER C.-AIMARD P. L'encoprésie, syndrome psychosomatique ? A propos de
24 observations - Pédiatrie 1963 - 50 n° 8

KREISLER - FAIN - SOULE - La clinique psychosomatique de l'enfant
La Psychiatrie de l'enfant - 1967
Volume X - Fasc. 1

LAPLANCHE - PONTALIS - Vocabulaire de la Psychanalyse - P. 460

LAUNAY C. Rééducation et Psychothérapie dans 2 cas d'encoprésie
Concours médical - Août 1963 85 n° 33 - 34 - 35

LAUNAY C. Guérison d'une encoprésie psychogénétique, séquelle d'une opération pour mégacolon congénital.

Arch. franc. Pédiatrie - Paris 1964 - 21 - n° 3 384 - 390

LEHMAN E. Psychogenic incontinence of feces in children

Report of recovery of four patients following psychotherapy

American Journal of diseases of children.

sept 1944 - 68 n° 3

LIGTWOOD - MAC GREGOR Faecal incontinence

Medical treatment 1951

LUQUET J. et LUQUET-PARAT M. La conduite encoprétique

EMC Psychiatrie tome 1 37 105 D - 1955

MAC KEITH R. et VAUGHAN G. F. La constipation et l'incontinence fécale chez l'enfant

Practitioner avril 1958 - 180 n° 1078

MAC NAMARA M. Notes on a cas of lifelong encopresis

British journal of medical psychology

London 1965 - 38 - n° 4

MAC TAGGART A. - SCOTT M. Revue de 12 cas d'encoprésie

Journal of Pediatrics juin 1959 - 54 n° 6

MARCOUX - PAINCHAUD C. Un relevé de 65 cas d'encoprésie

Laval medical Janv. 1967 38 - n° 1

MARFAN - Défécation involontaire des écoliers

Presse médicale 3. 1. 1934

MASSON - PERENOUD - L'encoprésie

Revue Médecine Suisse Romande Avril 1966 - 86 n° 4

NACHT S. La psychanalyse d'aujourd'hui

PUF - 1956

NIEDERNEYER K - PARNITZKE KN. L'encoprésie - études des données somatiques.

P. E. G., E. E. G. et psychiques.

Zschr - Kindherd - Janv. 1963 - 87, n° 5

NUSSEY A. M. Encopresis in children

British medical Journal 1941 - 2 - 927

DURY P. - DOURDOU F. - GORDINS.

L'anatomie du sphincter anal

Presse Médicale Janv. 1966 - 74 - n° 6

RICHMOND - EDDY - GARRARD

The syndrome of fecal boiling and megacolon

American Journal of orthopsychiatry. New York 1954 - n° 2

ROSCHKE W. Faiblesse du sphincter anal et son traitement

Deutsche med. wocht oct. 1961 - 86 - n° 41

SCHACHTER - COTTE. La défécation involontaire (encoprose) et l'incontinence
alvine de l'enfant.

J. de Psychiatrie Infantile vol. 10, n° 5 - 1944

SCHACHTER - NANCY M. L'énurésie et l'encoprésie diurne des écoliers

Semaine des Hôpitaux de Paris 1934 (254 - 258)

SHANE M. Encopresis in a latency boy. An arrest along a developmental line

The Psychoanalytic study of the child - New York, International

Universited Presse 1967 - vol. 22 (296 - 314).

SOULE M. Encoprésie infantile

Cahiers médicaux lyonnais 1965 - T. 41, n° 14

SOULE M. et N. L'énurésie. Editions sociales françaises 1967

STERBA E. Analysis of psychogenic constipation in two years old

This Annual 1949 - 314 (227 - 252)

STUCKI A. Traitement par compensation de la faute chez un enfant de 3 ans.

Praxis Nov. 1967 - 56, n° 45

SULLIVAN D. B. - DICKINSON D. D. - WILSON S. L.

Traitement conservateur de l'incontinence fécale chez
l'enfant.

JAMA Août 1963 - 185 n° 8 - (664 - 666)

TRAMER M. Zur enuresis und encopresis

J. de Psych. Inf. 1940 (77 - 81)

VAUGHAN G. F. Constipation and encopresis.

A children's psychiatrist's view

Society of psychosomatic research.

Study group on psychosomatic aspects of pediatrics

Oxford - Pergamon Press 1961 (9 - 15)

VAUGHAN (Cashmore)

Encopresis in childhood

Guy's Hospital report - 1954

WEISSENBERG S. Über encopresis

Z. f. Kinderheilk 1926 - 4 - (614 - 617)

WENSON S. R. The dynamics of encopresis

Am. journ. of orthopsych. 1954 - 24 n° 2 (402 - 415)

